

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**E.A.P. DE ENFERMERIA**

**“PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL  
PACIENTE CRÍTICO, SOBRE LA ATENCIÓN  
QUE BRINDA LA ENFERMERA ANTE UNA  
CRISIS SITUACIONAL EN LOS SERVICIOS DE  
MEDICINA DE UN HOSPITAL NACIONAL DE  
LIMA - 2014”**

**TESIS**

**Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería**

**AUTOR**

**Katherine Liseth Martinez Angeles**

**ASESOR**

**Juana Elena Durand Barreto**

**Lima – Perú**

**2015**

**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO, SOBRE  
LA ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA ANTE UNA  
CRISIS SITUACIONAL EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA DE UN  
HOSPITAL NACIONAL DE LIMA – 2014**

*A DIOS, por que donde hay fe,  
hay amor, donde hay amor hay  
paz, donde hay paz esta Dios y  
donde está Dios no falta nada.*

*A mis padres; Wilmer y Haydee  
quien en todo momento me han  
brindado su apoyo incondicional y  
por el esfuerzo de día a día al  
dedicarme lo mejor de sí.*

*A mis hermanos y amigos que  
con sus palabras de ánimos y  
apoyo incondicional han  
permitido que mis anhelos se  
vayan cumpliendo*

*A la Lic. Juana Durand Barreto por su valiosa asesoría, aportes, sugerencias, motivación constante y su comprensión, lo que permitió la culminación del presente trabajo de investigación.*

*A las autoridades y al personal de enfermería de los servicios de medicina sector varones por las facilidades otorgadas para la realización del presente trabajo de investigación.*

*A todos los familiares de los pacientes de los servicios de medicina sector varones por su valiosa participación y colaboración en la culminación del presente trabajo de investigación.*

## INDICE

	<b>Pág.</b>
Índice de Gráficos	v
Resumen	vi
Presentación	1
 <b>CAPITULO I: EL PROBLEMA</b>	
A. Planeamiento del problema y delimitación	3
B. Formulación del problema	6
C. Formulación de objetivos	6
D. Justificación de estudio	7
E. limitación del estudio	8
 <b>CAPITULO II: MARCO TEORICO Y DISEÑO METODOLOGICO</b>	
A. Marco teórico	
1. Antecedentes	9
2. Base teórica	
A. Problemática sobre las enfermedades crónica degenerativa.	12
B. Aspectos generales de los pacientes graves en los servicios de hospitalización	14
C. La familia del paciente critico frente a la crisis situacional	20
D. Enfermería en la atención al familiar en crisis situacional	27
E. Calidad de atención en los servicios de salud	33
B. Definición operacional de términos	35
C. Tipo y nivel de investigación	36
D. Lugar de estudio	37
E. Población y muestra de estudio	38
F. Técnicas e instrumento del recojo de datos	39
G. Plan de recolección y análisis estadístico de datos.	39
H. Consideraciones éticas	40
 <b>CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION</b>	
A. Resultados	42
B. Discusión	47
 <b>CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
A. Conclusiones	54
B. Recomendaciones	55
 <b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	57

**ANEXOS**  
**INDICE DE GRAFICOS**

<b>GRÁFICO N°</b>		<b>Pág.</b>
1	Percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los Servicios de Medicina de un Hospital Nacional de Lima. Lima –Perú. 2014	43
2	Percepción del familiar del paciente crítico sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en la dimensión comunicación verbal en los Servicios de Medicina de un Hospital Nacional de Lima. Lima –Perú 2014	44
3	Percepción del familiar del paciente crítico sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en la dimensión comunicación no verbal en los Servicios de Medicina de un Hospital Nacional de Lima. Lima –Perú. 2014	45
4	Percepción del familiar del paciente crítico sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en la dimensión apoyo emocional en los Servicios de Medicina de un Hospital Nacional de Lima. Lima –Perú. 2014	46

## RESUMEN

**AUTOR : MARTINEZ ANGELES KATHERINE**

**ASESOR : JUANA ELENA DURAND BARRETO**

El presente estudio tuvo como **objetivo**; determinar la percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un Hospital Nacional de Lima. 2014. **Material y Método.** El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 familiares cuyos parientes se encuentran internados en los servicios de medicina, con grado de dependencia II, III. La técnica fue la entrevista y el instrumento una Escala de Likert modificada, aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** De 100% (30), 43% (13) tiene una percepción medianamente favorable, 30% (9) desfavorable y 27% (8) favorable. Referente a la dimensión comunicación verbal, 40% (12) desfavorable, 30% (9) tienen una percepción y desfavorable y medianamente favorable respectivamente; en la dimensión comunicación no verbal, 53% (16) tienen una percepción medianamente favorable, 30% (9) favorable y 17% (5) desfavorable; en la dimensión de apoyo emocional tienen una percepción medianamente desfavorable 66.6% (20), 16.8% (5) favorable y 16.6% (5) desfavorable. **Conclusiones:** La percepción de los familiares del paciente crítico en el servicio de medicina la mayoría son medianamente favorable a desfavorable, referida a que se muestran muy ocupadas para atenderlos y hacen gestos de molestia cuando el familiar pregunta repetida veces sobre un mismo tema; y un mínimo porcentaje significativo es favorable cuando la enfermera utiliza un lenguaje claro, sencillo al conversar o responder.

**PALABRAS CLAVES:** Percepción del paciente, Calidad de atención, Profesional de enfermería.

## SUMMARY

**AUTHOR: MARTINEZ ANGELES KATHERINE**

**ADVISORY: JUANA ELENA DURAND BARRETO**

The present study had as **objective**; determine the perception of critical patients on the nursing care provided to a situational crisis in the health services of a National Hospital in Lima. 2014. **Material and method.** The study is application level, quantitative, descriptive cross-sectional method. The population consisted of 30 families whose relatives are hospitalized in medical services, with dependence II, III. The technique was the interview and A modified Likert scale instrument, applied prior informed consent. Results. 100% (30), 43% (13) has a fairly favorable perception, 30% (9) unfavorable and 27% (8) favorable. Regarding the dimension verbal communication, 40% (12) unfavorable, 30% (9) have a perception fairly favorable and unfavorable, respectively; nonverbal communication in size, 53% (16) have a fairly favorable perception, 30% (9) Favorable and 17% (5) unfavorable; in the dimension of emotional support are moderately unfavorable perception 66.6% (20) 16.8% (5) Favorable and 16.6% (5) unfavorable. Conclusions: The perception of the patient's relatives critical medical service most are fairly favorable to unfavorable, referred to busy shown to serve them, and gesture of annoyance when the familiar question repeated times on the same subject; and a minimum significant percentage is favorable when the nurse uses a simple to talk or respond plain language.

**KEYWORDS:** Perception, quality nursing care professional



## **PRESENTACION**

Evaluar la calidad de los cuidados en los servicios de salud desde la perspectiva familiar del paciente crítico es cada vez más estudiado. A partir de ella es posible obtener un conjunto de conceptos y valores asociados con la atención recibida con los cuales se adquiere información que puedan beneficiar a la organización de la institución, a los prestadores directos usuarios, familiares en sus necesidades y expectativas.

La mejora de la calidad en la atención es un reto muy importante para los que trabajadores en los servicios de salud. Por lo que es frecuente que los usuarios opinen sobre la calidad de atención que brindan los profesionales en los centros hospitalarios; en torno a la comunicación, la información, la capacidad de escucha, y las habilidades para ofrecer consejo o para inducir cambios, los cuales no siempre obtienen un buen resultado. La mayor parte de las quejas y reclamaciones de los usuarios no son debidas a problemas de competencia técnica, sino a problemas de comunicación y apoyo emocional.

La familia experimenta sentimientos y reacciones emocionales de diferente intensidad tales como miedo, ansiedad, culpa, enojo, angustia, entre otros; es decir afronta una crisis situacional de manera súbita ante la enfermedad de su pariente enfermo requiriendo para ello de una intervención oportuna de la enfermera. Por ello, el desarrollo científico y tecnológico de enfermería, no puede menoscabar el profundo sentido y espíritu humanitario del cuidado de enfermería que brinda a las personas y a la sociedad.

Desde hace algunos años, se ha venido generalizando el interés por este tema en todo el mundo, haciendo que se desarrolle una importante línea de investigación científica en torno a la calidad relacional y a la comunicación profesional-usuario-familia en el ámbito de los servicios sanitarios.

El presente estudio titulado “Percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un Hospital Nacional de Lima”, tuvo como objetivo Determinar la percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un Hospital Nacional de Lima. Con el propósito de proporcionar información actualizada a los directores y al departamento de Enfermería sobre la calidad de atención que reciben, que permita formular estrategias orientadas a mejorar la calidad de atención por medio de talleres y/o cursos de actualización.

El estudio consta de; Capítulo I. El problema, el cual hace referencia al planeamiento del problema, delimitación, formulación del problema, objetivos, justificación, y limitación. Capítulo II. Marco Teórico y diseño metodológico, que contiene los antecedentes, base teórica y definición operacional de términos, tipo y nivel de investigación, lugar de estudio, población y muestra, criterios de exclusión, técnicas e instrumentos de recojo de datos, plan de recolección y análisis estadístico de datos, y consideraciones éticas. Capítulo III: Resultados y discusión. Capítulo IV. Conclusiones y Recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **F. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA, DELIMITACIÓN**

El incremento de las enfermedades en los últimos años en el adulto, ha traído consigo la necesidad de hacer uso de los servicios de salud requiriendo en algunos casos la hospitalización, el cual es derivado del grado de compromiso orgánico y la indicación médica previa evaluación en los servicios de emergencia. De modo que ante el inminente hecho de hospitalización con frecuencia se puede evidenciar que ello provoca en el familiar una sensación de inestabilidad emocional provocando diversas reacciones emocionales que distan desde el llanto, la negación, enojo, cólera, ira y la no aceptación de la enfermedad.

Todas estas manifestaciones evidenciadas en la familia se denomina crisis situacional o accidental que consiste en desequilibrio psicoemocional, con el temor al sufrimiento, al dolor y a la propia muerte unida al sentimiento de soledad y de aislamiento, a falta de autonomía y de intimidad, a la incertidumbre y a la dificultad para la comunicación de todas ellas y emociones (1)

Durante el proceso evolutivo de un paciente en la hospitalización, somete a los miembros de su familia a una situación difícil, experimentando actitudes, sentimientos y reacciones emocionales afrontando una crisis situacional de

manera súbita ante la enfermedad de su pariente enfermo ante la falta o disminuida atención por los profesionales de la salud en las áreas de comunicación verbal, no verbal y emocional.

Por ello al presentarse una gran distancia entre aspiraciones y la realidad, mayor será el estrés emocional de los pacientes y sus familias, mayor será la sensación de insatisfacción y menor será el grado de comunicación.

Sin embargo, aun cuando el desenlace del paciente sea la muerte, el ajuste progresivo de las expectativas de la familia a lo largo del proceso de atención y cuidados permite redefinir esas expectativas y ajustar la distancia entre lo superado y lo logrado. Este entendimiento es posible sólo a través de una eficaz comunicación. Al final, tanto el equipo de salud como los familiares deberán quedar satisfechos con el esfuerzo realizado y conformes con los límites humanos de la medicina. Conocer, comunicar y entender son las claves para lograrlo. (2)

El profesional de enfermería que colabora a recobrar el bienestar completo biopsicosocial del paciente hospitalizado y familia, mejorando su calidad de vida y cuidando de esta las áreas de necesidad considerando el cuidado humanizado, es decir desde el punto de vista holístico integral, que posee un conocimiento adecuado para el ejercicio de esta, apoyando y ayudando a él y a su familia a afrontar la gravedad de la enfermedad. (3)

Por lo que la intervención de enfermería ante una crisis situacional, es un método que implica estrategias preventivas de brindar asistencia terapéutica inmediata, ayudando al familiar a enfrentar la situación causante de estrés, a fin de restablecer en el equilibrio familiar con el desarrollo científico y tecnológico de enfermería, con un profundo sentido y espíritu humanitario del cuidado.

En el servicio de medicina se observa la afluencia de familiares deseoso de obtener información respecto al paciente en estado crítico, recurriendo a la enfermera para formularle una serie de interrogantes tales como: ¿Cómo está mi familiar?, ¿Qué tiene?, ¿se va a poner bien?, ¿necesitará algún examen de laboratorio?, ¿habrán llegado todos los medicamentos?, ¿se va a morir?, ¿se va a recuperar? Sin dejar de lado las diversas manifestaciones emocionales como llanto, ira, insistencia, ansiedad, e incapacidad para hacer frente a la situación y sentimientos de culpa entre otros.

Y al interactuar con el familiar menciona que recibe expresiones por la enfermera como: “esperen al médico”, “estoy ocupada, las preguntas a su médico”, “no tengo información para darles”, “señora tiene que esperar, usted no es la única que pregunta por su familiar”. Si a todo ello le agregamos que la enfermera con frecuencia descuida al familiar que está sufriendo una crisis situacional.

Frente a esta situación surgen algunas interrogantes como:

¿Cuál es la percepción que tiene el familiar del paciente internado en el servicio de medicina, respecto a la intervención de la enfermería en la crisis situacional?; ¿por qué la enfermera de medicina no asiste al familiar durante su crisis situacional que enfrenta ante la hospitalización de sus paciente?; ¿cuál es la necesidad del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de la enfermera en la crisis situacional?, ¿porque el familiar del paciente critico manifiesta incomodidades ante la falta de apoyo en este proceso de afrontamiento?, entre otros.

## **G. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Por lo expuesto se ha creído conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuál es la percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un Hospital Nacional de Lima?

## **H. FORMULACION DE OBJETIVOS**

Los objetivos que se han formulado en el presente trabajo son:

### **a. Generales:**

- Determinar la percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis

situacional en los servicios de medicina de un Hospital Nacional de Lima

**b. Específicos:**

- Identificar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico, sobre la dimensión comunicación verbal en la atención que brinda la enfermera.
- Identificar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico, sobre la dimensión: comunicación no verbal en la atención que brinda la enfermera.
- Identificar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico, sobre la dimensión: apoyo emocional en la atención que brinda la enfermera.

**I. JUSTIFICACIÓN DE ESTUDIO**

El presente trabajo se realizará para evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del familiar todo un conjunto de conceptos asociados en relación con la atención recibida con los cuales se adquiere información y beneficiará a los servicios de medicina

En el presente trabajo analizaremos la percepción que tienen los familiares sobre la calidad de atención y de esta manera se mejorará las dificultades que viene atravesando el servicio y se llegará a una calidad de excelencia.

El mejoramiento de la percepción de los familiares ante la atención que se les brinda ante un crisis situacional surge

un profundo efecto sobre el modo en que la organización satisface los requerimientos de los clientes y también sobre la moral y la motivación; donde muchas veces la familia experimenta y manifiesta ciertas reacciones debido a la falta de acceso de información sobre los pacientes. La atención de los profesionales de enfermería con un importante apoyo emocional, escucha activa y respuestas claras y sencillas sobre el enfermo; transmitiendo seguridad y confianza tanto al paciente como a la familia, con el objeto de ayudarlos a satisfacer necesidades en los momentos de gran vulnerabilidad y contribuir a la homeostasia familiar.

#### **J. LIMITACIÓN DEL ESTUDIO**

Que los hallazgos son válidos solo para la población de estudio.



## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO Y DISEÑO METODOLOGICO**

#### **A. MARCO TEORICO**

##### **1. ANTECEDENTES**

Al realizar la revisión de los trabajos relacionados al tema, se encontró algunos estudios. Así tenemos:

Franco Canales, Rosa Esther; en 2003 en Lima, realizó un estudio sobre “Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional, en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el cual tuvo como objetivo Determinar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Abril del 2003 e identificar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la dimensión de comunicación verbal, no verbal y apoyo emocional en la UCI-HNERM. El método que se utilizó fue el descriptivo de corte transversal, tipo cuantitativo. La población estuvo conformada por 24 familiares de los pacientes de la UCI. La técnica fue la entrevista y el instrumento cuestionario con escala de lickert modificado. Se obtuvieron las siguientes conclusiones:

*Existe un porcentaje significativo de familiar del paciente crítico que percibe la intervención de enfermería durante la crisis situacional como indiferente en las dimensiones de comunicación verbal y apoyo emocional; y prioritariamente desfavorable en la dimensión de comunicación no verbal. Limitando así la restauración de la homeostasis psicoemocional familiar. (4)*

Carvajal Carmen, en 2000 Lima –Perú, realizó el estudio sobre: “Percepción del paciente Terminal y sus familiares sobre la atención que le brinda el enfermero en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”, con el objetivo de identificar la percepción del paciente Terminal sobre la atención que le brinda el enfermero y en relación al área biológica, psico-espiritual y socio cultural. El método fue descriptivo de corte transversal, aplicándose como técnica la escala de Lickert, obteniéndose como conclusión lo siguiente:

*La percepción de los pacientes sobre la atención que le brinda el enfermero, así como la de sus familiares es favorable; lo que significa que el profesional está logrando que la atención al enfermo Terminal sea de forma integral, considerándolo como una unidad biopsicosocial (5).*

Cevallos Vilchez Lily y Colab, en 1993, Lima – Perú, realizó el estudio sobre “Percepción de los familiares de pacientes con TEC acerca de la intervención de la enfermera en la crisis situacional, en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas “Sto. Toribio de Mogrobejo”, con el objetivo de identificar la percepción que tienen los familiares del paciente con TEC acerca de la intervención de la enfermera en la crisis situacional que enfrentan según intensidad y dirección. El método aplicado fue descriptivo exploratorio transversal, con una muestra de 40 familiares de pacientes hospitalizados con

TEC moderado y grave aplicando la técnica de la escala de Lickert, obteniéndose como conclusiones los siguientes:

*“La intensidad de la percepción de los familiares del paciente con TEC acerca de la intervención de la enfermera en la crisis situacional de la familia, es predominantemente indiferente con un porcentaje significativo de dirección negativa en lo que se refiere a la comunicación no verbal, información sobre la salud del paciente, identificación de sentimientos, fortalecimiento de la autoestima y propiciar la respuesta adaptativa a la crisis. (6)*

A nivel Internacional los siguientes estudios:

Montes Márquez, Sindy Paola; en 2013 en Colombia, realizó un estudio sobre Intervención de enfermería ante la crisis situacional percibida por los familiares con pacientes críticos según el modelo Jean Watson en una IPS III nivel de Cartagena. El cual tuvo como objetivo describir la percepción de la situación de las familias de los pacientes críticos que se encuentran en UCI y las principales estrategias de intervención del profesional de enfermería ante esta problemática basados en modelo de Jean Watson. La población estuvo conformada por 49 familiares, de los pacientes hospitalizados en la UCI de III nivel, durante el mes de julio del 2013. La técnica que se utilizó fue la entrevista semi-estructurada y el instrumento fue un formulario tipo cuestionario. Obteniéndose como conclusiones lo siguiente:

*La percepción que tienen los familiares sobre el cuidado de enfermería en el aspecto sociológico, emocional, religioso, según los resultados indica que el familiar percibe en su gran mayoría que las enfermeras no solo centran su cuidado en el paciente sino también en el familiar, demostrándose así que reciben por parte del*

*profesional asesoría, apoyo emocional, trato cálido, cuidado humanizado, responden a sus inquietudes de manera cortés y entendible, percibiendo así actitud favorable con relación a la atención enfermera-paciente-familiar. (7)*

Los antecedentes revisados, han permitido tener una visión sobre el abordaje del estudio, comparar resultados, estructurar la base teórica y la metodología; siendo importante realizar el estudio a fin de contribuir a la calidad de atención de enfermería y favorecer al paciente en su autocuidado.

## **2. BASE TEÓRICA**

### **A. PROBLEMÁTICA SOBRE LAS ENFERMEDADES CRÓNICA DEGENERATIVA.**

En los últimos años el estudio del incremento de las enfermedades crónico degenerativas han traído consigo varios retos, según la Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la salud (OMS) refiere que son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2012, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad. (8)

Las enfermedades crónicas degenerativas son enfermedades para toda la vida en la que los tejidos y órganos del cuerpo se deterioran con el tiempo. Este deterioro dificulta la capacidad para desempeñar las tareas que normalmente hacen, lo que les permite funcionar mal o, en algunos tipos de enfermedades crónica-degenerativas, dejan de funcionar en absoluto. A diferencia de las enfermedades infecciosas, donde una infección extraña entra y ataca al cuerpo, resultando en enfermedades crónico-degenerativas en los órganos y tejidos del propio cuerpo desgastándose. (9)

El conocimiento detallado de la estructura y función del organismo permite comprender el concepto salud-enfermedad el cual es de vital importancia en la atención integral y de calidad del paciente sano y enfermo, sobre todo el estudio del medio interno del organismo el cual es el que le permite de forma indirecta pero indispensable la integración del individuo en su medio ambiente. El tiempo de permanencia y pronóstico de vida, está determinado por la edad del paciente, enfermedad y grado de complicación, entre otros.

Teniendo en cuenta los criterios para el ingreso a pacientes a una hospitalización en los servicios de medicina, se denominará paciente con dependencia II y III aquellos que no responden de forma suficiente a la terapéutica habitual o cuyo organismo ha llegado a una situación límite provocada por una enfermedad grave de cualquier origen, pero de los cuales se busca la recuperabilidad, tomando de medidas de aislamiento del paciente para evitar su propagación y adquisición de nuevas infecciones.

El entorno de la hospitalización es un recuerdo constante de amenaza a la vida y de la posibilidad real a la muerte, el tratamiento puede intensificar la separación de la familia, la dependencia de extraños y la incertidumbre. Es donde la relación paciente – familia pierde su intensidad debido a las normas que rige la institución generando diversas reacciones emocional como ansiedad, llanto, temor, angustia frente al pronóstico de la enfermedad. (10)

## **B. ASPECTOS GENERALES DE LOS PACIENTES GRAVES EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN**

El paciente grave o crítico, como nosotros le llamamos, es aquel que tiene afectado uno o más sistemas de su cuerpo, lo que lo pone en riesgo vital o en riesgo de quedar con graves secuelas.

La enfermedad, en general, provoca en la persona que la padece distintas reacciones emocionales como angustia, miedo, incertidumbre, ansiedad, tristeza, desamparo. Si la enfermedad es crónica y/o amenazante para la vida, estas reacciones emocionales se intensifican y tienen características propias según su etiología y la idiosincrasia del enfermo.

La atención del paciente en estado crítico plantea problemas diagnósticos y terapéuticos específicos. Al evaluar inicialmente a un paciente se debe tener un esquema conceptual de las características de la disfunción de sus órganos y sistemas que son comunes a alteraciones críticas

Cuando una persona se hospitaliza deja de ejercer sus roles familiares, laborales y sociales y debe asumir el rol de paciente. El rol de enfermo se caracteriza por la pasividad de acuerdo al consenso social y a las expectativas de quienes lo atienden. Se supone que “el paciente” deberá aceptar sin quejarse cualquier intervención: la invasión de su cuerpo y vida privada, exámenes tensionantes y técnicas dolorosas. Debe además renunciar a sus preferencias y cambiar sus hábitos de aseo, comida y sueño.

El estar hospitalizado significa: (11)

- Alteración brusca del ritmo de vida.
- Separación de la familia y el trabajo.
- Enfrentamiento a un lugar extraño, a personas extrañas.
- Vivir experiencias percibidas como amenazantes.
- Incapacidad y dependencia. Pérdida de energía.
- Soledad
- Pérdida de la privacidad.

Sus efectos pueden anticiparse algunas reacciones comunes ante la hospitalización

- **Angustia por la separación:** es un sentimiento de inquietud relacionada con el hecho de abandonar el entorno familiar. La enfermera debe estar consciente de los efectos de separación, no solamente sobre el paciente sino también sobre las personas afectadas.

- **Soledad:** ocurre cuando la persona echa de menos la compañía de otros. Es posible sentir soledad aun cuando se esté rodeado de gente. La enfermera nunca podrá reemplazar en la mente del paciente a los hombres y mujeres considerados como significativos para él, sin embargo es posible acompañarlo para que no se sienta solo.
  
- **Inseguridad:** las rutinas y el entorno del hospital resultan por lo general extrañas a la mayoría de los pacientes. El miedo a lo desconocido origina angustia e inseguridad. La enfermera está en posibilidad de mitigar la angustia de la persona, con una sencilla explicación en torno a las comidas, las horas de visita y las características del equipo, pueden resultar importantes cuando la persona es internada por primera vez en una institución hospitalaria.
  
- **Privacía:** los seres humanos imponen límites tanto reales como imaginarios, entre ellos y las demás personas, creando un área en la que se destaca la propiedad. Así, el individuo se rodea de un ambiente de seguridad: Existe la tendencia a proteger y defender este territorio, de cualquier amenaza externa. Cuando la persona es ingresada al hospital debe establecerse un nuevo territorio. Las enfermeras deben mostrar respeto por el espacio personal de sus pacientes al explicarles todo lo que ha de hacerse durante su ejecución de un procedimiento, especialmente cuando éste implica un contacto estrecho con el cuerpo de la persona. Asimismo debe protegerse al paciente de la vista de otros, cuando se proporcionen los cuidados.



- **Pérdida de la identidad:** Todas las personas necesitan estima y reconocimientos, estos pueden alcanzarse mediante el vestido, por ejemplo o por honores que se hayan conseguido. Cuando la persona es ingresada a una institución hospitalaria, los símbolos de su identidad pueden verse soslayados. La enfermera debe conocer al paciente por su nombre. Deben hacerse esfuerzos para que el paciente tenga a su disposición un álbum de fotografías familiares o cualquier objeto personal que contribuya a reforzar los aspectos, únicos e irrepetibles, que conforman su personalidad.

Ante todas estas reacciones a una hospitalización por los problemas a que se enfrenta el paciente en esta situación crítica tanto físicos como psicoemocionales y espirituales (dolor total), es necesario conocer las fases o etapas por las que atraviesa el paciente en esta situación, y adecuar en cada caso la comunicación, tanto en la transmisión de información como en la relación de ayuda.

### **Fases de Kübler-Ross**

Tras informar al paciente de su diagnóstico, suele tener lugar un proceso de adaptación al cúmulo de emociones por las que atraviesan los enfermos y sus familiares en esta situación. La evolución a través de estas fases no tiene por qué ser necesariamente secuencial, y no todos los pacientes pasan por todas. (12)

- **Fase de negación–aislamiento:** Surge como mecanismo de defensa cuando el enfermo conoce la gravedad de la enfermedad y se siente afectado de un mal incurable.

*“Esto no puede ser cierto”.*

*“Se han equivocado en el diagnóstico”.*

Actitud: No debemos pelear contra la negación ni reforzarla con mentiras. Debemos permanecer siempre atentos a comentarios que faciliten la comunicación. Puede retrasar el inicio de medidas específicas. En ese caso será conveniente insistir en la información veraz, esmerando las habilidades de comunicación.

- **Fase de indignación–ira:** Cuando la negación no puede ser mantenida es sustituida por la rabia, ira y resentimiento. El enfermo lucha contra lo inevitable y trata de encontrar algo o a alguien a quien culpabilizar de su estado. Puede ser dirigida hacia sí mismo, los familiares o el personal sanitario.

*“¿Por qué a mí?”*

*“¿Qué mal he hecho yo?”*

*“La culpa la tiene el médico que...”*

Actitud: No percibir la hostilidad del paciente o su familia como un ataque personal sino como una reacción esperable. No juzgarla ni entrar en confrontación. Detectar posibles pensamientos de autoinculpación tanto en esta fase como en la siguiente.

- **Fase de pacto–negociación:** En esta fase el paciente es capaz de afrontar la realidad de su enfermedad, pero necesita aferrarse a alguna posibilidad de mejoría o curación.

Por ello, es frecuente la realización de promesas o pactos con Dios, con los demás o con uno mismo (oraciones, promesas de cambios de vida, sacrificios personales).

*“Si me curo iré...”*

*“Si me pongo bien te prometo que...”*

Actitud: Debemos ser tolerantes y respetuosos con las creencias de cada persona. Es posible que en esta fase el paciente busque otras alternativas terapéuticas no siempre beneficiosas para la salud o la economía de la familia por lo que conviene informar adecuadamente.

- **Fase de depresión:** Cuando el enfermo no puede escapar de la realidad que le toca vivir y se siente desbordado por la misma, sigue un pesar silencioso, preparatorio, en el que llora pérdidas futuras y comienza a desprenderse gradualmente de todo lo que le rodea. Supone el inicio de la aceptación y en este sentido es una fase adaptativa.

*“Total, para lo que me queda...”*

*“Qué más da ya todo...”*

Actitud: El paciente requiere en esta fase un especial apoyo por parte de sus familiares y el equipo sanitario. Conviene favorecer la expresión emocional y detectar errores cognitivos que añaden sufrimientos evitables.

- **Fase de aceptación:** El paciente acepta su situación y se prepara para la muerte. Puede predominar un sentimiento de serenidad o tranquilidad.

*“He cumplido con mi misión...”.*

*“Ya puedo morir tranquilo...”*

Actitud: Acompañaremos al paciente para hacerle sentir que no se encuentra solo. En esta fase es posible comunicarse profundamente con él y conocer sus miedos y preocupaciones ante la muerte.

La evolución a través de estas fases, como ya se ha referido, no tiene por qué ser necesariamente secuencial; no todos los pacientes pasan por todas ellas y se puede estar en más de una a la vez.

### **C. LA FAMILIA DEL PACIENTE CRÍTICO FRENTE A LA CRISIS SITUACIONAL.**

La familia es la unidad social básica y suele actuar para sostener y proteger a sus miembros, tanto individual como colectivamente. Es el soporte principal de sus integrantes.

Toda amenaza a la función hace que se sienta ansiosa, si la familia siente la amenaza de perder a uno de sus miembros, se defiende contra la pérdida. Por ello es un recurso importante para minimizar los problemas de salud acarreados en algún miembro de la familia, sin embargo cuando su familiar sufre una enfermedad grave puede necesitar a su familia más que nunca. Constituyendo la familia un soporte social básico, que ayuda a

disminuir los efectos del estrés y a mejorar la salud mental del paciente. (13)

La familia, cuyos miembros se interrelacionan y están sujetos a la influencia del entorno, la hospitalización de uno de ellos creará una situación de crisis. El ingreso de un paciente a unidad de salud somete a los miembros de su familia a una situación difícil, que provoca ansiedad y preocupación.

En la mayoría de los familiares podemos observar manifestaciones de angustia, temor, pena, impotencia, rabia, compasión, preocupación extrema y sobreprotección. Sin embargo algunos familiares presentan también conductas de rechazo y evitación las que pueden llegar hasta el abandono con los consiguientes sentimientos de culpa.

Según Fink (1967): Los pacientes, familiares e inclusive las enfermeras experimentan una crisis en la que se puede diferenciar cuatro fases: (14)

- **Choque emocional:** en la que el sujeto siente una amenaza hacia él o algún miembro de su familia, ve a la realidad hostil, abrumadora, experimentando en respuesta a ello ansiedad, desesperanza, miedo y obnubilación en el pensamiento.
- **Retirada defensiva:** el sujeto procura conservar el equilibrio emocional, trata de evitar la realidad experimentando negación, represión, indiferencia o euforia. Se manifiesta

enojado y resistente al cambio procurando organizar en forma defensiva sus ideas.

- **Aceptación:** El sujeto se enfrenta a la realidad y se siente deprimido. Experimenta apatía, agitación, amargura, aflicción, intensa ansiedad o ideas suicidas, si el factor que produce estrés es demasiado abrumador. Su pensamiento se desorganiza debido a la alteración de la percepción de la realidad.
- **Adaptación y cambio:** Siente una sensación de auto valía, experimenta un aumento gradual de satisfacción.

Cuando estas emociones y sentimientos se prolongan en el tiempo y/o se intensifican dando origen a conductas mal adaptativas nos encontramos frente a una crisis situacional, a un trastorno de ansiedad o del ánimo o a un trastorno de personalidad.

### **Percepción de la Familia**

La percepción puede definirse como “el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanzan a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuemos con él y nuestros propios estados internos” (15).

Según Day menciona que la percepción es “un proceso a través del cual tenemos conciencia de lo que ocurre a nuestro alrededor y en nosotros mismos es obviamente algo más que una imagen del mundo, proporcionado por los sentidos, puesto

que participan la comprensión y el significado aunque la experiencia desempeña un papel importante y las características del sujeto que percibe los conocimientos, necesidades, intereses y las emociones que puedan influir en forma positiva y negativa”. (16)

La percepción se puede evaluar midiendo elementos importantes como: trato digno, definido como el respeto a los derechos humanos y a las características de las personas: respeto, como la virtud por la cual reconocemos y tenemos presente de manera habitual la dignidad de las personas, como seres únicos e irrepetibles, así como sus derechos según su condición y circunstancias, y profesionalismo entendido como la actitud y capacidad elevada para desempeñarse en una actividad. (17).

La percepción no es suma de sensaciones, es más complejo. Es un proceso unitario que se orienta hacia una actividad y se basa en tres aspectos:

- Las sensaciones y los estímulos que producen la percepción, se influyen mutuamente.
- Percepción en los humanos es una unidad de lo sensitivo, lógico, práctico, y el pensamiento.
- Percepción refleja la personalidad, actitudes, experiencias, todo lo real de las personas.

La teoría de King visualiza la percepción del usuario; como la representación que cada persona tiene de la realidad y para que ésta sea satisfactoria, deben seguirse objetivos comunes

entre la enfermera y el paciente que a su vez si se da una interacción entre ellos se logra con más facilidad la satisfacción del paciente y de la enfermera al ver cubiertas las necesidades del derechohabiente, de lo contrario se producirá estrés e insatisfacción por parte de ambos, viéndose reflejado en la percepción de la calidad del servicio recibido (18).

### **Intervención en crisis**

La crisis es el estado en el que el individuo y su familia se sienten abrumados por factores que producen estrés y que tratan de utilizar sus mecanismos de resolución de problemas sin buenos resultados para enfrentarse a la situación; en el intento por recobrar el equilibrio.

Por ello ha sido identificado tres factores:

- La percepción del acontecimiento: importancia al evento, que hace que lleve a una situación de crisis.
- Los apoyos de la situación: recursos internos o propios a los recursos externos con quien pueda contar
- Los mecanismos de enfrentamiento: opciones que tenga para vencer el tipo de crisis.

La crisis inesperada ocurre al azar en la mayoría de casos ocasionando alteraciones en el equilibrio psico-emocional del individual y familia. Se deriva de un conjunto en particular de circunstancias que ocasionan cambios importantes en la vida del individuo



La intervención en crisis o terapia para crisis, se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y, en se encamina a la resolución de la crisis de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida. El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor preparado para encarar el futuro. Proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente y que puede tomar de una a seis semanas, según los trabajos de Caplan, 1964.

Las aproximaciones teóricas de Lindemann permitieron desarrollar las técnicas de Intervención en Crisis. Dichas aproximaciones se refieren al mantenimiento de la Salud Mental y a la prevención de la desorganización emocional; está basado en el estudio sobre una comunidad, en donde se observaron las reacciones y disturbios emocionales subsecuentes a determinados eventos sociales.

### **Fases de Reacción**

Las reacciones habituales ante el estrés suelen pasar por cuatro fases: fase aguda, fase de reacción, fase de reparación, fase de reorientación.

- **Fase aguda:** Pasados los primeros momentos. Se producen estados afectivos intensos. Respuestas emocionales manifiestas: angustia, ansiedad, ira, irritabilidad, hipervigilancia, manifestaciones vegetativas, sensación de irrealidad.

En ocasiones esta descarga emocional es tardía con llanto, agitación, gritos, verborrea, relajación esfínteres,

respuestas agresivas. Alteración relaciones interpersonales.

- **Fase de reacción:** Dura de una a seis semanas. Se producen reacciones tardías: los sentimientos previamente reprimidos o negados pueden salir a la superficie. Pueden aparecer sentimientos dolorosos abrumadores, dejando a las personas debilitadas. Ánimo triste y lábil. Las reacciones características son: Temor a regresar al evento. Sueños o pesadillas. Ansiedad. Tensión muscular. Aumento de la irritabilidad.
- **Fase de reparación:** Dura de uno a seis meses. Se diferencia en que las reacciones son menos intensas y no tan abrumadoras. Los sentimientos de dolor persisten, pero se los puede sobrellevar. Se vuelve a sentir interés por los hechos cotidianos. Se hacen planes para el futuro.
- **Fase de reorientación:** Aproximadamente seis meses o más. Se llega a asimilar e integrar la situación vivida. Se produce la readaptación a su vida cotidiana. Las intensas reacciones ante el estrés se han reducido sustancialmente. Es importante evaluar las necesidades actuales.

Para que la nueva experiencia pueda ser incorporada a la memoria es necesario captarla, entenderla e integrarla, aunque siempre se haga desde la propia subjetividad. Para ello se

recurre al bagaje personal, a nuestros recursos de afrontamiento que se habrán ido forjando a lo largo de nuestra vida y desde nuestro estilo personal: experiencias, aprendizajes, éxitos o fracasos, afrontamientos previos de situaciones desbordantes, etc.

#### **D. ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL FAMILIAR EN CRISIS SITUACIONAL.**

La práctica de enfermería es mucho más que el cumplimiento de las tareas. El administrar cuidado integral al paciente significa escuchar, acompañar, entender y compartir con él y su familia su recuperación.

La enfermería profesional debe incluir en su práctica el enfoque holístico, se dice que no hay enfermedades sino enfermos donde el cuidado del paciente y sus necesidades son la base de la enfermería, entonces resulta incongruente el trato que pudieran recibir de estos profesionales.

Todo esto, se logra través del proceso interpersonal de ayuda convirtiéndose la entrevista como uno de los vitales instrumentos terapéuticos en la solución de crisis, entrevista que tendrán por finalidad ayudar a que la persona organice sus pensamiento, verbalice sus sentimientos, dejando las emociones circular libremente, así como a ayudar a la persona a que se haga una identificación de los recursos internos y externos disponibles y ayudarlas a realizar un plan de acción para el futuro. (19)

Cuando un individuo en crisis debe ser ayudado de inmediato, para prevenir futuros trastornos emocionales, por tanto la intervención en crisis es una medida de prevención primaria ya que se interviene con una persona a que momentáneamente siente o no estar en condiciones de enfrentar las situaciones difíciles que se le presentan. Por ello presenta 4 fases. (20)

- **Evaluación o valoración:** parte desde que cada persona reacciona de manera diferente frente a una misma situación de crisis.

La enfermera determinará si el paciente se encuentra en situación de crisis, observando apariencia y conducta del familiar del paciente, si están tensos o nerviosos, llorosos, deprimidos. En esta etapa es importante el acercamiento empático para ganarse la confianza y el mejor camino es comenzar la entrevista con el tema que se desea hablar, identificar el evento, determinar el tiempo de presencia de la crisis, identificar como el individuo percibe el problema. Por ello en el momento de evaluar habrá que intentar:

- Captar su atención.
- Ganar la confianza (tono, actitud, proximidad física, comprensión, aceptación, etc.)
- Mantener una comunicación verbal y no verbal adecuada.
- Conseguir la mayor información posible.
- Observar la respuesta emocional.
- No alarmar.

- **Fase de planeamiento:** Basado en la consideración de alternativa de afronte para que la familia recupere su nivel de equilibrio, determinar el grado de desorganización y considerar métodos alternativos de afronte. El enfermero examina las alternativas posibles.
- **Fase de intervención:** El objetivo es ayudar al familiar a crecer emocionalmente dando una apertura a sus sentimientos. La enfermera mostrara la relación de los eventos precipitantes y la crisis, proveerá oportunidades para la expresión de emociones. La enfermera puede ir preparando al familiar del paciente para hablar de cómo se siente frente al evento que desencadena la crisis, en donde la persona irá relatando los acontecimientos, comenzando desde un poco antes de que ocurriera el suceso (que día era, que estaba haciendo.)
- **Fase de resolución:** determinar la resolución de la crisis; se examinará el problema si la ayuda fue adecuada y si ha logrado el paciente nuevas formas de afrontar la crisis. Es observar conductas de resolución de crisis como: disposición de ánimo y disminución de síntomas somáticos como depresión, llanto. Reforzar los métodos de afronte, revisando experiencias anteriores, las oportunidades del familiar del paciente de sentirse bien con el progreso realizado.

La intervención de enfermería en la crisis situacional implica brindar asistencia inmediata, ayudando al familiar a enfrentar la situación, tratando de cambiar la percepción de la

situación, expresando diversas formas de comprender el evento estresor, proporcionado apoyo, seguridad, dando información continua, acompañándolos y ayudándolos a movilizar recursos y desarrollar medidas más adaptables para restablecer el equilibrio familiar

La enfermera debe brindar una atención desde el primer contacto con el familiar. El primer apoyo que se le brinde a la familia que pasa por una crisis situacional es de vital importancia para restablecer su equilibrio emocional y una buena relación enfermera-familiar. Una actitud como la empatía juega un papel importante en la relación con el paciente y familia, puesto que desarrolla y favorece la comunicación, efectivamente para ahondar en el contacto humano.

La comunicación es el proceso de compartir información, pensamientos, actitudes, etc. teniendo en cuenta la eficacia de la comunicación entre la enfermera y familiar se logra cuando hay una comprensión real entre ambos, para ello es necesario utilizar el mismo código de lenguaje, la cortesía sincera y una sonrisa lo cual ofrecerá confianza y seguridad en aquel momento difícil que atraviesa dicha familia.

El antropólogo A. Mecharabian manifiesta que en las actividades comunicativas el 7% de las informaciones se transmiten con la palabra, 38 % con el tono de voz, y el 55% con el cuerpo. Estos datos hacen evidentes que el lenguaje no verbal habla a través del inagotable vocabulario corporal.

La forma como la enfermera se comunica con la familia es un aspecto central de su intervención. Juan Mendoza Vega manifiesta que: “Una de las características de los seres humanos es de disponer de lenguaje mediante la voz, de estos de la cara y de las manos, la posición y expresión de los ojos y hasta la actitud del cuerpo. La comunicación nos hace humanos y nos diferencian de otros seres vivos.

Los centros hospitalarios son lugares donde se concentra el dolor, la angustia y la incertidumbre; desde fuera, se los imagina generalmente como sitios hostiles, tristes y fríos; por ello, no es de extrañar que quienes ahí ingresan, agradezcan cualquier mínimo gesto que les devuelva a un mundo más amable y humano; por tal motivo necesitan de una acción amigable como una sonrisa, una caricia en la cual sienten la demostración de que tienen alguien en quien confiar.

El contacto humano que brinda la enfermera es desde el punto de vista de los cuidados una sencilla llave que ellos necesitan en este proceso de desequilibrio psico-físico-emocional, donde el contacto físico, escucha activa, y apoyo emocional no solo proporcionara al familiar una disminución de la ansiedad sino también el bienestar del paciente.

La enfermera utilizará la comunicación verbal con el fin de informar y educar al paciente y familia sobre las condiciones y situaciones que este afrontando. La enfermera debe responder a sus dudas, tranquilizarlos, acompañarlos y aliviar en ese primer impacto que produce observar a su familia en esas condiciones.

La comunicación no verbal también es fundamental en la relación enfermera-familia. Consiste en la expresión de pensar o sentir a través de gestos, caricias, miradas. La enfermera debe evitar gestos negativos o actitudes de rechazo, teniendo en mente en todo momento que el familiar es un ser humano que está sufriendo y que necesita comprensión y respeto, esto ayudará a que el familiar encuentre una adaptación a la crisis, ayudándoles a enfrentar sus temores y disminuir su ansiedad ya que la intervención de la enfermera debe favorecer a la buena relación enfermera- familia. Castañeda Esperanza señala que el tacto es parte importante del lenguaje; siempre que sea posible se debe dar la mano al saludar, un gesto simple como un apretón de mano, un abrazo o una suave palmada en el hombro, pueden calmar y tranquilizar a una persona ansiosa; aunque dura solo unos segundos, humaniza los cuidados que siguen.

Por otro lado el apoyo emocional que se brinda al familiar es sin lugar a dudas la parte más importante de la intervención de enfermería en la crisis situacional, tiene el objetivo ayudar a personas, enfermos o con problemas a constatar y ver que hay diferentes maneras de hacer frente a los problemas; también la creación de relaciones humanas que potencien actitudes facilitadoras para la interacción, permite trabajar en los cuidados, prevenir, ayudar a la persona a movilizar sus recursos, crear condiciones favorables para el desarrollo de la persona, de la familia o del grupo. Cuya intervención de enfermería que se concreta en acciones como:



- Escuchar las expresiones del paciente.
- Darle un mensaje de optimismo (aliento).
- Dar un mensaje de comprensión de su dolor, su sufrimiento y su temor.
- Hablarle en un tono de voz cálido que exprese afecto.
- Hablarle de su entorno familiar.
- Preguntarle qué puede hacer por él, para que se sienta mejor.
- Tocarle a modo de soporte y apoyo real (físico)

Por ello la enfermera es uno de los profesionales de la salud con mayor responsabilidad por la calidad humana de los servicios hospitalarios y la imagen de la institución donde labora.

## **E. CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como: “El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando, un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente”. (21)

Existen varias definiciones para el término “calidad” en la atención de la salud. “La calidad es hacer la correcto de la manera correcta la primera vez, y hacerlo mejor la vez

siguiente, con las limitaciones de los recursos existentes y la satisfacción de la comunidad. Las acciones de promoción, prevención y atención están dirigidas a la persona, a la familia y a la comunidad, y a su interrelación con el medio (Ministerio de Salud 1997). (22)

Según la OPS define calidad en salud al “Conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente”, nos expresan que la calidad de un servicio se valora subjetivamente. Si no se satisfacen las necesidades y expectativas del paciente, entonces no hay calidad, a pesar que lo técnico haya sido alcanzado plenamente. (23)

Por lo tanto la calidad de la atención de enfermería se define como: “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del paciente y la del personal de enfermería. (24)

Para el Colegio de Enfermeras del Perú, la calidad de cuidados de enfermería se considera como un trabajo endógeno, no se impone ni basta que el eje esté empeñado en ello, es una tarea donde participa todo el equipo de trabajo siendo la contribución de cada persona importante para el logro de resultados, es decir, se trata de crear una cultura de calidad de la atención que brinden los servicios de enfermería, aplicando mecanismos autorreguladores que privilegien la

crítica constructiva, la auto superación y la satisfacción por el trabajo bien hecho. (25)

Para los servicios de salud la atención brindada es de calidad cuando se brinda a tiempo sin demora tratando de obtener cooperación y participación de los pacientes en decisiones relacionadas al proceso de prestación de cuidados mediante actividades de prevención, detección y tratamiento oportuno, basados en principios científicos y en el uso de tecnología apropiada, recursos profesionales y el proceso de comunicación.

Donabedian, establece algunas características de la calidad en la atención a la salud: “(...) El modelo de atención a la salud reconoce la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables, se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud”. (26)

## **B. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

A continuación se presenta la definición operacional de términos a fin de facilitar el entendimiento de los términos utilizados en el estudio así tenemos:

**Percepción del familiar del paciente crítico** respecto a la atención de enfermería ante una crisis situacional es aquella respuesta emitida o referida verbalmente por el familiar del paciente crítico sobre la impresión que tiene en relación a la

intervención que realiza la enfermera para controlar y disminuir la ansiedad, considerando las dimensiones comunicación verbal, comunicación no verbal y apoyo emocional. La misma que fue obtenida a través de una escala modificada de Likert y valorada en favorable, medianamente favorable y desfavorable.

**Crisis situacional del familiar del paciente crítico:** Es la interpretación de un evento o situación como una dificultad intolerable, que sobrepasa los recursos y los mecanismos de afrontamiento de una persona al enterarse la situación crítica de su familiar durante el proceso de dependencia a satisfacer dichas necesidades básicas. A menudo no es el evento por sí mismo lo que causa la crisis, sino que es la percepción del evento por la situación que puede pasar el paciente.

**Familiar del paciente crítico:** es todo familiar relacionada entre sí por parentesco de sangre o legal, que sean mayor de 18 años, y que tenga mayor permanencia en el servicio no menor de tres días, esposa, hijos, hermanos, sobrinos.

## **C. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION**

El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo porque se recolectan datos sobre las dimensiones ya señaladas, método descriptivo de corte transversal ya que permite presentar la información acerca de la percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional; en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo, favoreciendo con ello

la veracidad de los hallazgos así como las conclusiones de la presente investigación.

#### **D. LUGAR DE ESTUDIO**

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Nacional Dos de Mayo, ubicado al frente del Parque Historia Peruana Av. Grau cdra. 13 Lima. Es un hospital que brinda atención en el tercer nivel.

Esta institución que pertenece al Ministerio de Salud (MINSA) brinda atención en los servicios Consultorios externos, Emergencia y Hospitalización. El servicio de Medicina General cuenta con 5 salas de hospitalización: Santo Toribio, San Pedro, Santa Ana, San Andrés, Julián Arce. Para fines de la investigación se ha tomado los servicios de medicina San Pedro, Santo Toribio y Julián Arce, en la cuales trabajan 11 enfermeras (una que cumple función administrativas y las demás labor asistencial); los cuales están distribuidas en 2 turnos, diurnos y nocturno de 12 horas. Cada Servicio cuenta con un aproximado de 40 camas, con paciente con grado de dependencia II, III, IV; con promedio de hospitalización más 5 días, siendo las patologías más frecuentes las siguientes:

- Diabetes
- Cirrosis hepática
- ACV
- Pancreatitis Aguda
- NM Gástrico.
- HDA

La situación de los familiares de los pacientes en estado de dependencia en los servicios de hospitalización de medicina se encuentran pasando por una situación de ansiedad, sentimientos y reacciones ante la problemática y deseo de recuperación de su paciente, los familiares tienen también la responsabilidad de restaurar su vida familiar en función de la enfermedad, pero sin olvidar otros aspectos de su vida, ya que ésta puede ocupar todo su tiempo, absorber toda su atención y todos sus recursos económicos; la mayoría de ellos permanecen largas horas atendiendo a sus familiares, durante el día y la noche.

#### **E. POBLACION DE ESTUDIO**

La población está conformada por 30 familiares cuyos pacientes se encuentran con grado de dependencia II, III internados en los servicios de medicina; de los cuales necesitan satisfacer sus necesidades básicas. Durante un determinado tiempo seleccionado en los servicios de Medicina de un Hospital Nacional de Lima; es decir un familiar por cada paciente.

Por lo cual se tuvo en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.

**Criterios de inclusión:** familiar del paciente con grado de dependencia II, III (papá, mamá, esposa, hijos, sobrino o hermana), que sean mayor de 18 años, que tenga mayor permanencia en el servicio no menor de tres días y que acepte participar en el estudio (consentimiento informado).

**Criterio de exclusión:** que sean quechua hablantes, que sean parientes lejanos, que sea la primera o segunda vez que lo visita.

**Criterio de eliminación:** que su familiar crítico fallezca en el momento de la entrevista, que no complete el instrumento.

## **F. TECNICAS E INSTRUMENTO DEL RECOJO DE DATOS**

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo escala de Likert modificada (Anexo B); el cual fue sometido a juicio de expertos, siendo procesado la información en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial. (Anexo D). Posterior a ello se determinó la validez estadística mediante la prueba de correlación de Pearson y para la confiabilidad estadística se aplicó la prueba de alfa de Crombach. (Anexo G)

## **G. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS.**

Para la implementación del estudio se realizó los trámites administrativos correspondientes, a través de un oficio de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, dirigido al Director de un Hospital Nacional de Lima. Procediendo a llevar dichos documentos al comité de investigación del Hospital a fin de obtener la autorización respectiva y facilidades para desarrollar el estudio.

Luego de recolectar los datos, éstos fueron procesados en el programa estadístico de Excell, previa elaboración de tabla de códigos y tabla matriz (Anexo E). Los resultados están presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se aplicó la escala de estanones, considerando la percepción favorable, medianamente favorable y desfavorable. (Anexo H).

Para la medición de la variable de estudio se asignó a la:

**Proposición positiva +**

Totalmente de acuerdo	5
De acuerdo	4
Indecisión	3
En desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

**Proposición negativa -**

Totalmente de acuerdo	1
De acuerdo	2
Indecisión	3
En desacuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5

## H. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización del estudio de investigación se cumplió y respetó los principios y normas éticas establecidas en la Declaración de Helsinki.



**Confidencialidad de los respondientes:** no se proporcionará los nombres, ni posibles identificadores de los respondientes.

**Consentimiento informado:** Se respetó la autonomía del participante seleccionado mediante el consentimiento informado del sujeto de estudio (ver anexo B), previamente explicado, por lo que la decisión de participar o no en la investigación será manifestado de forma verbal y la decisión tomada será respetada.

### **CAPITULO III**

#### **RESULTADOS Y DISCUSION**

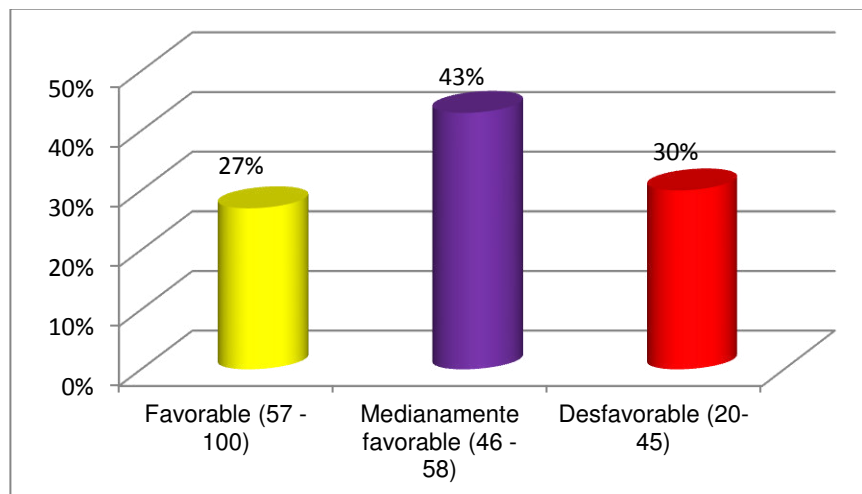
Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados y presentados en gráficos y tablas estadísticos para el análisis e interpretación respectiva de acuerdo al marco teórico. Así tenemos:

#### **C. RESULTADOS**

En cuenta a los datos generales del 100% (30) familiares, 83% (25) son mujeres y el 17% (5) son varones; 47%(14) tienen entre de 28 a 38 años, el 23% (7) de 17-27 años, 23% (7) de 39 a 49 años y 7% (2) de 50 a 68 años. 53% (16) cuentan con estudio técnico-superior, 30% (9) secundaria completa, 10% (3) secundaria incompleta y 7% (2) educación primaria completa. 40% (12) son esposa, 17% (8) hijo (a), 23% (6) sobrino (a), 10% (3) padre/madre. 67% (20) tiene a su paciente critico hospitalizado entre 3 a 6 días, 27% (8) entre 7 a 10 días y 6%(2) entre 11 y 14 días. (Anexo I).

Por lo expuesto, podemos deducir que la mayoría de los familiares se encuentran la etapa adulta joven a adulta madura, con grado de instrucción técnico – superior, un porcentaje significativo son esposa, hijo (a) y el tiempo de permanencia de su paciente oscila entre 3 a 6 días en su mayoría.

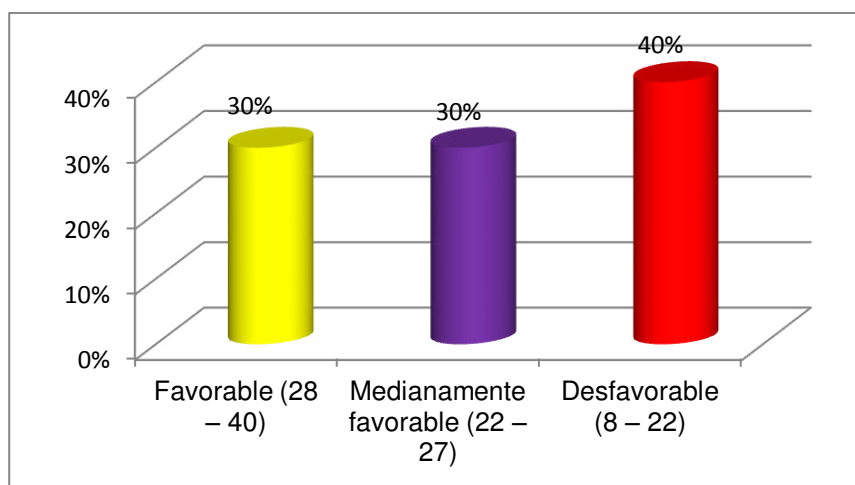
**GRAFICO N° 1**  
**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO,**  
**SOBRE LA ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA**  
**ANTE UNA CRISIS SITUACIONAL EN LOS**  
**SERVICIOS DE MEDICINA DE UN**  
**HOSPITAL NACIONAL DE LIMA**  
**LIMA –PERÚ**  
**2014**



Fuente: Encuesta aplicada al usuario de un Hospital Nacional de Lima. Noviembre -Diciembre 2014

En el grafico N° 1, el 100% 30 familiares, el 43% (13) medianamente favorable, 30% (9) desfavorable y 27% (8) favorable (Grafico N°1). Se concluye que el mayor porcentaje es medianamente favorable por que la enfermera (o) se muestran ocupadas para atenderlos por otras actividades que realiza, hacen gestos de molestia cuando el familiar pregunta repetida veces sobre un mismo tema; seguido por desfavorable por manifestaciones del familiar cuando la enfermera no se muestran atentas, comprensivas y no utilizan palabras de aliento para tranquilizarlos y favorable cuando la enfermera (o) utiliza un lenguaje claro, sencillo al conversar o responder.

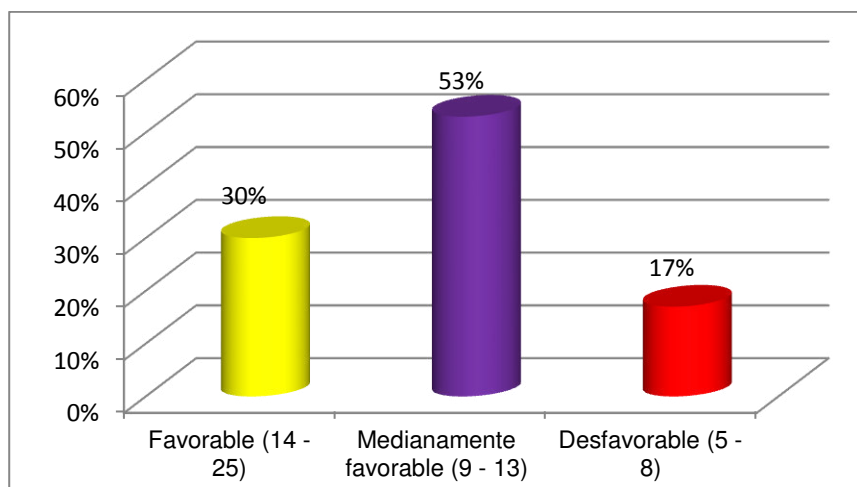
**GRAFICO N°2**  
**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO**  
**SOBRE LA ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA**  
**ANTE UNA CRISIS SITUACIONAL EN LA DIMENSIÓN**  
**COMUNICACIÓN VERBAL EN LOS SERVICIOS**  
**DE MEDICINA DE UN HOSPITAL**  
**NACIONAL DE LIMA**  
**LIMA -PERÚ**  
**2014**



Fuente: Encuesta aplicada al usuario de un Hospital Nacional de Lima. Noviembre -Diciembre 2014

En el grafico N° 2 la percepción del familiar del paciente crítico sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en la comunicación verbal tenemos que del 100% (30), 40% (12) manifestaron estar desfavorable, 30% (9) medianamente favorable y 30% (9) favorable (Anexo K). Los ítems desfavorable está referida cuando la enfermera no orienta sobre la manera de hacer frente a sus sentimientos de angustia, y omite preguntarle sobre los problemas que enfrenta debido a la situación del paciente crítico; medianamente favorable está relacionado a la falta del saludo por parte de las

**GRAFICO N° 3**  
**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO**  
**SOBRE LA ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA**  
**ANTE UNA CRISIS SITUACIONAL EN LA DIMENSIÓN**  
**COMUNICACIÓN NO VERBAL EN LOS SERVICIOS**  
**DE MEDICINA DE UN HOSPITAL**  
**NACIONAL DE LIMA**  
**LIMA –PERÚ**  
**2014**

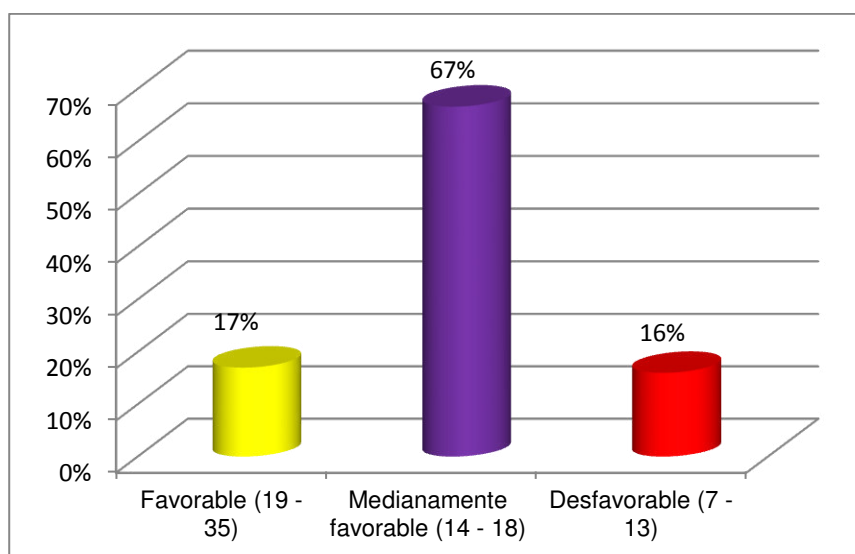


Fuente: Encuesta aplicada al usuario de un Hospital Nacional de Lima. Noviembre -Diciembre 2014

enfermeras a los familiares durante su ingreso al servicio, la poca orientación y comunicación de los procedimientos que se le realizan al paciente; favorable cuando la enfermera utiliza un lenguaje claro y sencillo al conversar o responder alguna inquietud. (Anexo L)

En el Grafico N° 3 la percepción del familiar del paciente crítico sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en la comunicación no verbal tenemos que del 100% (30), 53% (16) medianamente favorable, 30% (9)

**GRAFICO N°4**  
**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO**  
**SOBRE LA ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA**  
**ANTE UNA CRISIS SITUACIONAL EN LA DIMENSIÓN**  
**APOYO EMOCIONAL EN LOS SERVICIOS DE**  
**MEDICINA DE UN HOSPITAL**  
**NACIONAL DE LIMA**  
**LIMA –PERÚ**  
**2014**



Fuente: Encuesta aplicada al usuario de un Hospital Nacional de Lima. Noviembre -Diciembre 2014

favorable y 17% (5) manifestaron estar desfavorable (Anexo M). El mayor porcentaje son los ítems medianamente favorable cuando las enfermeras dirigen la mirada al responder alguna inquietud del familiar y muestras de afecto por medio de gestos; favorable cuando brindan tiempo a los familiares para atenderlos; desfavorable cuando la enfermera realiza gestos de molestias ante las repetidas preguntas dadas por el familiar.

En el Grafico N°4 la percepción del familiar del paciente crítico sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en el apoyo emocional tenemos que del 100% (30), 66.6% (20) medianamente favorable, 16.8% (5) favorable y 16.6% (5) manifestaron estar desfavorable (Anexo Ñ). El ítem medianamente favorable es cuando la enfermera observa la angustia de los familiares y evita acercarse para tranquilizarlos, lo favorable cuando las enfermeras muestras poca preocupación por el estado emocional de las familiares; desfavorable cuando la enfermera no brinda palabras de aliento para tranquilizar a los pacientes, e interés por saber los sentimientos de angustia o tristeza que está afrontando.

#### **D. DISCUSION**

La atención de salud es de calidad cuando se brinda a tiempo y sin demora, tratando de obtener cooperación y participación de los pacientes y familiares en decisiones relacionadas al proceso de prestación de cuidados mediante actividades de prevención, detección y tratamiento oportuno, basados en principios científicos, uso de tecnología apropiada, recursos profesionales y proceso de comunicación. Las acciones de enfermería están dirigidas a la persona, familia, comunidad, y su interrelación con el medio. Se busca satisfacer las necesidades de manera consciente en todos los aspectos; implica constancia de propósito, consistencia y adecuación de las necesidades del cliente, incluyendo la oportunidad y el costo del servicio.

La satisfacción del familiar ante la crisis situacional debe ser un objetivo irrenunciable para enfermería, ya que es el método más utilizado para su medida por lo que permite detectar aspectos susceptibles de mejora, insuficiencia o disconformidad. Por ello la atención de enfermería debe ser oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente logrando la satisfacción del paciente en las áreas de apoyo emocional durante el proceso de crisis situacional.

En algunas investigaciones como Montes Márquez, Sindy Paola (2013) concluyó que la percepción que tienen los familiares sobre el cuidado de enfermería no solo centran su cuidado en el paciente sino también en el familiar, demostrándose así que reciben por parte del profesional asesoría, apoyo emocional, trato cálido, cuidado humanizado, responden a sus inquietudes de manera cortés y entendible, manifestando una satisfacción medianamente favorable a favorable con relación a la atención enfermera-paciente-familiar. De igual manera Franco Canales, Rosa Esther, (2003) concluyó que existe un porcentaje significativo de familiar del paciente crítico que percibe la intervención de enfermería durante la crisis situacional como medianamente favorable en las dimensiones de comunicación verbal y apoyo emocional; y prioritariamente desfavorable en la dimensión de comunicación no verbal; en lo cual dichos resultados se relacionan a los datos obtenidos en el presente trabajo.

Los resultados del trabajo reportan que la mayoría de los familiares de los pacientes críticos tienen una percepción medianamente favorable en un 43%; dimensión comunicación



verbal el 30%, dimensión no verbal 53% y la dimensión apoyo emocional el 67%.

Los aspectos relacionados a la percepción medianamente favorable está referido a que la enfermera omite preguntarle sobre los problemas que enfrenta debido a la situación de su familiar; se muestran ocupadas para atenderlo ante las diversas actividades que realizan en los servicios y hacen gestos de molestia cuando el familiar pregunta repetida veces sobre un mismo tema; y obvian las palabras de aliento para tranquilizarlos en los momentos de ansiedad o tristeza. Seguido de un porcentaje significativo desfavorable referido a no orientan y saludan a los familiares durante su visita y no brindan el apoyo para hacer frente a sus sentimientos de angustia, y favorable está referida a que la enfermera utiliza un lenguaje claro y sencillo al conversar o responder alguna inquietud.

El personal de enfermería es quien permanece más tiempo al lado del enfermo y por ende del familiar, por lo tanto, para lograr el bienestar, debe conocer sus sentimientos y expectativas para que pueda responder ante sus demandas de atención. El bienestar de la persona es sin duda un tema complejo y a pesar de que se ha investigado al respecto, hasta el momento no se ha llegado a un consenso sobre el mejor proceder para garantizarlo, cuando un familiar ingresa con su paciente en estado grave de salud a una institución tiene muchas dudas e interrogantes acerca de lo que irá a pasar, sobre todo cuando se les va a realizar cualquier procedimiento. Esto ha llevado a los investigadores a que consideren como

objeto de estudio, las experiencias vividas por los familiares que cuidan a sus pacientes críticos durante la estancia. Existe evidencia de estudios realizados en diferentes grupos de pacientes, familiares y con diferentes tipos de investigación. Sin embargo, es necesario enfocarse directamente en la percepción del familiar sobre la atención que brinda el personal de enfermería, con la intención de tener herramientas para mejorar los servicios de salud. De acuerdo a la literatura, para lograr la satisfacción del familiar se debe brindar una buena comunicación verbal, no verbal y apoyo emocional durante el proceso de crisis situacional. La intervención de enfermería en la crisis situacional del familiar del paciente crítico está dada por el trato cálido y cortes que reciben los familiares, la información acerca de cómo hacer frente a sus sentimientos de angustia, expresión de sentimientos, el mostrar interés por sus preocupaciones así como el brindar apoyo emocional en los momentos de crisis. Además de considerar al paciente y familia dentro de su cuidado holístico e integral.

La necesidad de conocer la percepción del familiar del paciente crítico ante una crisis situacional acerca de la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional, es importante para lograr el bienestar, debe sobrepasar la idea del personal de salud de enfocarse en proporcionar atención sin considerar la opinión del familiar del paciente crítico, que es quien debe manifestar su bienestar o malestar como resultado de la atención. Esto permitirá diseñar modelos de atención de enfermería innovadores, cuyas intervenciones además de enfocarse en la atención técnica resalten la atención interpersonal, es decir, fomenten la cultura del buen trato a

todos los pacientes y familiares, considerando que son individuales y que por ello su percepción del cuidado deben satisfacer sus expectativas. Además, se identificaron tres aspectos que modulan la percepción del cuidado ante una crisis situacional: las dimensiones en el área de comunicación verbal, no verbal, apoyo emocional.

La intervención de enfermería en la crisis situacional en la dimensión de comunicación verbal está dada por la información y educación dirigido al paciente y familia sobre las condiciones y normas del servicio; información sobre los procedimientos generales, así como que conductas debe asumir frente a su paciente críticos. La enfermera debe responder a sus dudas para tranquilizarlos, acompañarlos y aliviar ese primer impacto que produce observar a su familiar en esas condiciones y tener paciencia al responder sus dudas e inquietudes de los familiares. Por lo que se puede concluir de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio que los familiares presentan en relaciona la percepción sobre la atención de enfermería ante una crisis situacional en la dimensión de comunicación verbal en la mayoría manifestaron sentirse medianamente favorable a desfavorable ya personal de enfermería no orienta a los familiares durante su visita, no los saludan, la percepción desfavorable está referida a que la enfermera no orienta sobre la manera de hacer frente a sus sentimientos de angustia, y omite preguntarle sobre los problemas que enfrenta debido a la situación del paciente crítico sin embargo hay un porcentaje significativo en la percepción favorable está referida a que la enfermera utiliza un lenguaje claro y sencillo al conversar o responder alguna inquietud suya.

En la dimensión de comunicación no verbal está referida a la capacidad que tiene la enfermera de expresar su sentir y fomentar la empatía y la confianza del familiar a través de los gestos, tono de voz cálida, paciencia al responder sus dudas e inquietudes, una mirada cálida, mantener un contacto visual con el familiar cuando le hablamos, acercamiento o expresión del cuerpo que favorezcan una adecuada comunicación con el familiar, evitando en todo momento gestos negativos o actitudes de rechazo. Por lo expuesto anteriormente y los datos obtenidos en el estudio podemos concluir que la percepción del familiar sobre la atención que brinda la enfermera en la dimensión comunicación no verbal en su mayoría es medianamente favorable a favorable cuando las enfermeras dirigen la mirada al responder alguna inquietud del familiar y muestras de afecto por medio de gestos, brindan tiempo a los familiares para atenderlos; y un porcentaje significativo porcentaje cuando los familiares refieren sentirse desfavorable cuando la enfermera se muestran muy ocupadas para atenderlo.

La dimensión de apoyo emocional está referida a la intervención dirigida a propiciar la expresión de emociones del familiar, a través de la confianza, al contacto físico dar ánimo, dar la mano al saludar, tomar la mano al familiar cuando lo observa triste o afligidos, un apretón de manos, un abrazo o una suave palmada en el hombro, mostrar preocupación e interés por su sentir, actitud amigable en la que los familiares sientan la confianza y puedan expresar sus sentimientos a fin de calmar y tranquilizar su ansiedad y manejar su crisis situacional.

De ahí que por los resultados obtenidos en el estudio se puede concluir que la percepción del familiar sobre la atención que brinda la enfermera en la dimensión apoyo emocional, la mayoría manifiestan estar medianamente favorable, es cuando la enfermera observa la angustia de los familiares y evita acercarse para tranquilizarlos; mientras que un porcentaje significativo expresa satisfacción desfavorable cuando la enfermera no brinda palabras de aliento para tranquilizar a los pacientes, e interés por saber los sentimientos de angustia o tristeza que está afrontando.

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **A. CONCLUSIONES**

- La percepción de los familiares del paciente crítico en el servicio de medicina la mayoría son medianamente favorable a desfavorable, referida a que se muestran muy ocupadas para atenderlos y hacen gestos de molestia cuando el familiar pregunta repetida veces sobre un mismo tema; y un mínimo porcentaje significativo es favorable cuando la enfermera utiliza un lenguaje claro, sencillo al conversar o responder.
- La percepción de los familiares del paciente crítico en la dimensión de comunicación verbal la mayoría son desfavorable a medianamente favorable, referida a la escasa información y orientación que brinda la enfermera e interacción enfermera-familia durante la crisis situacional. Por lo cual podemos deducir que la enfermera está descuidando la importancia de la entrevista terapéutica y las bases de comunicación enfermera-paciente-familia.
- La percepción de los familiares en la dimensión de comunicación no verbal es de medianamente favorable a favorable con un porcentaje significativo relacionado a que las enfermeras dirigen la mirada al responder alguna inquietud del familiar y brindan tiempo a los familiares para atenderlos, y

desfavorable cuando la enfermera realiza gestos de molestias ante las repetidas preguntas dadas por el familiar.

- La percepción de los familiares en la dimensión de apoyo emocional la mayoría son medianamente favorable a desfavorable, referida a que las enfermeras observan la angustia de los familiares y no utilizan palabras de aliento y evitan acercarse para tranquilizarlos y poca interés por saber los sentimientos de angustia o tristeza que está afrontando; lo favorable cuando las enfermeras muestran poca preocupación por el estado emocional de los familiares

## **B. RECOMENDACIONES**

- Departamento de enfermería formule y/o elabore estrategias o actividades de capacitación dirigidas al personal de enfermería, orientados a mejorar la intervención de enfermería en la crisis situacional del familiar del paciente crítico, teniendo en cuenta el reforzamiento de las áreas críticas en cuanto a la falta de información y orientación a los familiares sobre la manera de hacer frente a sus sentimientos de angustia, un trato más cálido y un acercamiento hacia los familiares durante su visita a fin de reorientar su labor como agente terapéutico en el abordaje ante la crisis situacional que experimenta la familia favoreciendo así la relación enfermera – paciente.

- Las enfermeras deben propiciar acercamientos con el familiar del paciente en forma programada, esquematizada en el rol de funciones favoreciendo un rol protagónico de enfermería y que el familiar sienta la presencia y se revierta la percepción medianamente favorable y desfavorable que el familiar tiene sobre las dimensiones ya mencionadas
- Realizar un estudio sobre el sentir de la enfermera respecto al rol que cumple en las situaciones de crisis que presenta el paciente y familia.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) (11) Raffo L. Sylvia Intervención en Crisis. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Campus Sur. Universidad de Chile. 2005. Pdf
- (2) Albistur y Cola. (2000) Familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos. [En línea] ReviMed. Uruguay .Montevideo, Bol. 16 p. 243-256. Disponible en: <<http://www.rmu.org.uy/revista/2000v3/art8.pdf>> [Consultado el 14 de mayo de 2014]
- (3) Torres Esperón Julia y Urbina Laza Omayda. Perfiles profesionales, funciones y competencias del personal de Enfermería en Cuba. Escuela Nacional de la Salud Pública. EducMedSup 2006;20(1)Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol20\\_1\\_06/ems02106.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol20_1_06/ems02106.pdf). [Consultado el 14 de mayo del 2014]
- (4) Franco Canales, Rosa Esther. “Percepción del Familiar del Paciente Crítico, respecto a la Intervención de Enfermería Durante la Crisis Situacional”, en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M., Lima- Abril 2003 [Tesis para optar el título profesional de enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003
- (5) Carvajal Carmen. “Percepción del Paciente Terminal y sus Familiares sobre la Atención que Brinda el Enfermero” Hospital Nacional Edgardo RebagliatiMartins. Lima 2000.

- (6) Cevallos Lily y Colab. "Percepción de los Familiares de Pacientes con TEC acerca de la Intervención de la Enfermera en la Crisis Situacional" Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Sto. Toribio de Mogrobejo. Lima 1993.
- (7) Montes Márquez Sindy Paola. "Intervención de enfermería ante la crisis situacional percibida por los familiares con pacientes críticos según el modelo Jean Watson en una IPS III nivel de Cartagena de Indias. 2013. [Tesis de bachiller en enfermería]. Colombia: Corporación Universitaria Rafael Núñez. 2013
- (8) Mezzich Juan Enrique, et-al. La nueva clasificación internacional de enfermedades y el diagnóstico multiaxial en medicina general. Lima - Perú. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v6n4/v6n4ce1.pdf>. [Consultado el 14 de mayo del 2014]
- (9) Enfermedades crónicas degenerativas. España 2009- 20014 Disponible en: <http://es.265health.com/conditions-treatments/osteoporosis/1008045006.html#.U8sGePI5MVY> [Consultado el 18 de julio del 2014]
- (10) Vargas Mendoza Jaime y Aguilar García Esmeralda. Niveles de estrés en los familiares de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos de un Hospital General. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 5, Número 1, 2011 Pág. 35-40. Disponible en: [http://www.conductitlan.net/centro\\_regional\\_investigacion\\_psicologia/60\\_estres\\_familiares\\_cuidados\\_intensivos.pdf](http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/60_estres_familiares_cuidados_intensivos.pdf) [Consultado el 14 de mayo del 2014]

- (12) Boceta Osuna Jaime, et al. Cuidados Paliativos Domiciliarios Atención Integral al Paciente y su Familia. Consejería de la salud. España - Andaluciapag. 121
- (13) Casas Gerardo. Antología de familia y terapia familiar sistémica. Universidad de Costa Rica Escuela de Trabajo Social. 1994. Disponible en:  
<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000205.pdf>
- (14) Prado Claustro Elsa. Proyecto de investigación. Cuidados psicosociales en el paciente critico de unidad de terapia intensiva. Hospital Antonio J. Scaravelli Tunuyán-Mendoza 2010 Pag. 22. Disponible en:  
[http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/prado\\_claustro\\_elsa.pdf](http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/prado_claustro_elsa.pdf)
- (15) (16) “Psicología de la Percepción Humana”. Ed. Limusa Wiley S.A., D. F. México 1994.
- (17) (18) Ramírez Gutiérrez Alejandro, Ramos Pichardo Paula, Moreno Gómez Mireya Teresa. “Percepción del paciente de la atención” Instituto Mexicano del Seguro Social Tijuana, Baja California. México.
- (19) Holgado Canales María Guadalupe. Rol Terapéutico del Profesional de Enfermería en el Proceso de Crisis. 1ra edición - enero 2011.Cuzco – Perú

- (20) Raffo L. Sylvia. Intervención en Crisis. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Campus Sur. Universidad de Chile. 2005. Pdf
- (21) Proyecto de Salud y Nutrición Básica, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, University Research. Co, Llc; Gestión de la Calidad Modulo II; Lima. Editorial del MINSA; 1999.
- (22) Revista de Salud; Calidad de Atención de Enfermería. España, 1992.
- (23) OPS. Programa de garantía y mejoramiento de calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe. 1999
- (24) MINSA. Calidad del Servicio de Salud desde la Perspectiva del Usuario. Lima–Perú .2000.
- (25) Secretaría de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación sistematizada de la calidad de los servicios de enfermería, 2002.
- (26) Donabedian, Avedis (1995): Continuidad y Cambio en la Búsqueda de la Calidad en: “Calidad de Atención a la Salud”, Instituto Nacional de Salud Pública, México, Vol. 2, N° 3, Feb. Pág. 8.

## **Bibliografía**

ARIZA, C; Navia, R. Propuesta de un modelo de cuidado de enfermería para pacientes hospitalizados en la UCI. Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería. Bogotá. 2000

AGUILAR SACAVILCA María del Pilar. Maria Del Rosario Jara Castro. Y otros. "Eficacia de un Modelo de Intervención de Enfermería sustentado en la Teoría de Crisis para aliviar la ansiedad en la Familia de la paciente que va a ser mastectomizada". U.N.M.S.M. Lima-Perú. (1996)

FLOREZ FLOREZ, Magda. "Comodidad del paciente Hospitalizado en un servicio de Cirugía" cuando se provee medidas de comodidad que involucran a la familia". 1999 CASTRILLON M C. La dimensión social de la práctica de enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia. 1997

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Disponible en: [www.paho.org/default\\_spa.htm](http://www.paho.org/default_spa.htm)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Disponible en: <http://www.who.int/countries/col/es/>

Ciencia y enfermería. Disponible en: <http://scielotest.conicyt.d/scielo.php%3Fscript%3Dsciarttext%26pid%3D30717>

KOZIER EMB-BLAIS WILKINSON. "Fundamentos de Enfermería, conceptos, procesos y practica". 5ta Ed. Interamericana. México. 1999

FRANCO CANALES, Rosa Esther. "Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional, en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M., Abril 2003"

La medida del cuidado. Disponible en:  
[http://www.scielo.isciii.es/scielo.php/La medida del cuidado](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php/La%20medida%20del%20cuidado)

El cuidado humano como valores en el ejercicio de los profesionales de la salud. Disponible en: [http://servicio.cid.uc.edu.ve/fcs/vol 6m2/6-2-4.pdf](http://servicio.cid.uc.edu.ve/fcs/vol%206m2/6-2-4.pdf).

Cuidado de la salud: el anclaje social de su construcción en estudio cualitativo. Disponible en:  
[http://redalyc.ualmex.mx/redalyc/pdf/647/64740107pdf /](http://redalyc.ualmex.mx/redalyc/pdf/647/64740107pdf/)

Cuidado y práctica de enfermería. Disponible en:  
<http://redalyc.vaemex.mx/redalyc/pdf/264/26400101pdf>

# **ANEXOS**

## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
A. Operacionalización de variable	I
B. Escala de likert modificada	III
C. Consentimiento informado	VI
D. Prueba binomial	VII
E. Tabla matriz de datos	VIII
F. Validez del instrumento	X
G. Confiabilidad del instrumento	XI
H. Medición de la variable	XII
I. Datos generales de los familiares de los pacientes críticos de los Servicios de Medicina de un Hospital Nacional de Lima. Nov- Dic. Lima–Perú. 2014	XV
J. Percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los Servicios de Medicina de un Hospital Nacional de Lima. Lima –Perú. 2014	XVI
K. Percepción del familiar del paciente crítico sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en la dimensión comunicación verbal en los Servicios de Medicina de un Hospital Nacional de Lima. Lima –Perú. 2014	XVII
L. Percepción del familiar del paciente crítico sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en la dimensión comunicación verbal por items en los Servicios de Medicina de un Hospital Nacional de Lima. Lima –Perú. 2014	XVIII
M. Percepción del familiar del paciente crítico sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en la dimensión comunicación no verbal en los Servicios de Medicina de un Hospital Nacional de Lima. Lima –Perú. 2014	XIX



- |    |   |      |
|----|---|------|
| N. | Percepción del familiar del paciente crítico sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en la dimensión comunicación no verbal por ítems en los Servicios de Medicina de un Hospital Nacional de Lima. Lima –Perú 2014 | XX   |
| Ñ. | Percepción del familiar del paciente crítico sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en la dimensión apoyo emocional en los Servicios de Medicina de un Hospital Nacional de Lima. Lima –Perú 2014                  | XXI  |
| O. | Percepción del familiar del paciente crítico sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en la dimensión apoyo emocional por ítems en los Servicios de Medicina de un Hospital Nacional de Lima. Lima –Perú . 2014      | XXII |

## ANEXO A

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION DE TERMINOS	DIMENCIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR
Percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera (o) ante una crisis situacional	Expresión de complacencia o bienestar manifestada por el familiar respecto a la calidad de atención recibida a su familiar	Comunicación verbal	Información Responde el interrogatorio Explicación sobre los procedimientos Educación al familiar. Información sobre cómo enfrentar ante la angustia.	Juicio, impresión, respuesta omitida o interpretación del familiar del paciente crítico, sobre la impresión que tiene en relación a la intervención de enfermería a fin de disminuir su ansiedad, angustia del familiar; considerando las dimensiones de comunicación verbal, no verbal y apoyo emocional; esta será obtenida a través de una escala de Likert modificada.	Favorable Medianamente favorable Desfavorable
		Comunicación no verbal	Gestos (+): sonrisas, miradas comprensivas, palmadas en el hombro, tono de voz suave. Gestos (-): muecas, fruncir las cejas, mira al familiar afligido de lejos, ignorar.		
		Apoyo emocional	Comportamiento de las enfermeras con los familiares. La enfermera toma su mano o mantiene contacto físico, acompañado de palabras de aliento, proporcionado seguridad, aceptación, y confianza.		

### MATRIZ DE LA OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Valor final que adoptará la variable	Criterios para asignar ese valor	Procedimientos para la medición	Aproximación de técnicas e instrumentos para la recolección	Escala de medición																		
<p>El valor final fue:</p> <p>-Favorable: ( &gt; 58 puntos)</p> <p>Medianamente favorable : (46 - 58 puntos)</p> <p>Desfavorable: ( &lt; 46 puntos)</p>	<p>La medición de los resultados se obtendrán mediante la siguiente puntuación:</p> <table><tr><th>Proposiciones</th><th>Posit.</th><th>Negat.</th></tr><tr><td>Totalmente de acuerdo</td><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>De acuerdo</td><td>4</td><td>2</td></tr><tr><td>Indecisión</td><td>3</td><td>3</td></tr><tr><td>En desacuerdo</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Totalmente desacuerdo</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> <p>La ecala de estanones para determinar los intervalos de clase en la campana de gauss y serán catalogados según su puntaje:</p> <p>Favorable: &gt; “b”</p> <p>Medianamente favorable: “a” y “b”</p> <p>Desfavorable &lt;“a</p>	Proposiciones	Posit.	Negat.	Totalmente de acuerdo	5	1	De acuerdo	4	2	Indecisión	3	3	En desacuerdo	2	4	Totalmente desacuerdo	1	5	<p>Administrativo: se solicitó la autorización y aceptación correspondiente del jefe de la oficina de apoyo a la capacitación, docencia e investigación y al Coordinador de investigación de un Hospital Nacional de Lima; y consentimiento informado del familiar al cual se le aplicó la encuesta.</p>	<p>La técnica fue la entrevista y el instrumento la Escala de Likert modificada.</p>	<p>Ordinal</p>
Proposiciones	Posit.	Negat.																				
Totalmente de acuerdo	5	1																				
De acuerdo	4	2																				
Indecisión	3	3																				
En desacuerdo	2	4																				
Totalmente desacuerdo	1	5																				

## **ANEXO B**



UNSM – EM – I  
EAPÉ- 2014

### **INSTRUMENTO – ESCALA DE LIKERT MODIFICADA**

#### **PRESENTACIÓN**

Estimado familiar en esta oportunidad me dirijo a usted para hacerle llegar el presente documento, que tiene como objetivo recolectar información acerca de la opinión que tiene usted respecto a la forma como la enfermera actúa e interviene ante sus respuestas emocionales y preocupaciones derivadas de la hostilización y enfermedad de su paciente crítico

Es por eso que le pido que sus respuestas sean las más veraces, cuyo carácter será anónimo. Agradeciendo de antemano su colaboración y participación.

#### **I. INSTRUCCIONES**

A continuación le presentaremos según las siguientes preguntas elaboradas, que tienen cinco posibles respuestas de las cuales Ud. responderá lo que crea correcto sobre la base de las siguientes alternativas.

- 5=**Totalmente de acuerdo
- 4 =** De acuerdo
- 3 =** Indecisión
- 2 =** En desacuerdo
- 1 =** Totalmente en desacuerdo

## II. DATOS GENERALES

**Sexo:** Femenino ( ) Masculino ( )

**Edad:**.....

**Grado de instrucción:**.....

**Parentesco:**.....

**Días de hospitalización:** .....

## III. CONTENIDO

ASPECTOS PARA EVALUAR	TA	DA	I	ED	TD
<b>COMUNICACIÓN VERBAL</b>					
1. La enfermera (o) le saluda al observar su ingreso al servicio					
2. La enfermera (o) lo orientan durante su visita.					
3. La enfermera (o) le comunica los procedimientos generales que le realizan a su familiar					
4. La enfermera (o) utilizan un lenguaje claro y sencillo al conversar o responder alguna inquietud suya.					
5. La enfermera (o) no conversan con usted acerca de la situación de su familiar.					
6. La enfermera (o) omite preguntarle sobre los problemas que enfrenta debido a la situación de su familiar					
7. La enfermera (o) suelen orientarlo para hacer frente a sus sentimientos de angustia.					
8. La enfermera (o) le responde de forma descortés las preguntas que hace sobre la situación de su familiar.					

<b>COMUNICACIÓN NO VERBAL</b>					
9. La enfermera (o) dirige la mirada al familiar para responder alguna inquietud de su familiar.					
10. La enfermera (o) le muestra gestos de afecto a usted y su familiar					
11. La enfermera (o) hace gestos de molestia cuando usted pregunta repetida veces sobre un mismo tema.					
12. La enfermera (o) se muestran muy ocupadas para atenderlo					
13. La enfermera (o) la recibe con una sonrisa cuando usted se acerca para hacerle alguna pregunta.					
<b>APOYO EMOCIONAL</b>					
14. La enfermera (o) ignora la expresión de emociones de usted y paciente					
15. La enfermera (o) observan la angustia de los familiares y evitan acercarse para tranquilizarlos.					
16. La enfermera (o) muestran poca preocupación por el estado emocional que enfrentan los familiares					
17. La enfermera (o) se muestran atentas y comprensivas con los familiares					
18. La enfermera (o) no suelen consolar a los familiares cuando los observan tristes y llorosos					
19. La enfermera (o) no tienen interés por saber si los familiares están angustiados o tristes.					
20. La enfermera (o) tranquilizan a los pacientes con palabras de aliento					

Gracias por su colaboración

## **ANEXO C**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: “PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO, SOBRE LA ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA ANTE UNA CRISIS SITUACIONAL EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA DE UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA.”

“Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos; y, teniendo la confianza plena de que la información que en el instrumento vierta será sólo y exclusivamente para fines de la investigación en mención; además, confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome la máxima confidencialidad”

---

Firma del familiar a participar

## ANEXO D

### PRUEBA BINOMIAL

ÍTEMS	Nº DE JUECES								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	0	1	1	1	0.035
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Se ha considerado:

Favorable : 1 (Si)

Desfavorable: 0 (No)

Si  $p < 0.05$  la concordancia es significativa.



## ANEXO E

**TABLA MATRIZ DE DATOS**

Paciente	Comunicación Verbal								Comunicación no verbal					Apoyo emocional								
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
1	4	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2		
2	2	2	4	4	2	3	2	4	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2		
3	2	2	4	4	2	2	2	4	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1		
4	2	2	4	4	2	2	2	4	2	2	2	2	1	4	2	2	2	2	2	2		
5	4	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4	2	2	4	4	2	2	4	2	2		
6	2	2	2	4	2	2	2	4	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2		
7	2	2	4	4	4	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	4	2	2	2		
8	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2		
9	2	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2		
10	2	2	2	4	2	2	4	4	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	2		
11	4	2	4	4	4	2	2	2	2	2	2	4	2	2	4	2	2	2	4	2		
12	4	2	4	4	4	2	2	2	2	2	2	4	2	2	4	2	2	2	2	2		
13	4	2	4	4	4	2	4	4	2	2	2	4	2	2	2	2	4	2	4	2		
14	5	5	4	4	2	2	4	4	4	4	2	2	4	2	4	4	4	4	2	2		
15	5	4	4	4	2	2	2	2	4	4	2	2	2	2	2	4	2	2	1	1		
16	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	2	2	2	2		

17	4	5	4	4	2	2	4	4	4	4	1	2	4	2	4	4	4	4	2
18	4	2	4	4	1	1	1	2	2	1	2	4	1	1	2	2	2	1	1
19	4	4	4	4	2	2	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
20	4	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2
21	2	2	4	4	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2
22	4	2	4	4	1	1	2	4	2	1	2	4	1	2	2	2	2	2	1
23	4	4	4	4	2	2	2	2	2	4	2	2	1	2	4	4	2	2	2
24	2	2	4	4	2	2	2	4	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1
25	4	5	4	4	2	2	4	4	2	4	2	2	2	2	4	4	4	4	2
26	4	4	4	4	2	2	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
27	4	2	4	4	4	2	2	2	2	2	4	4	2	2	2	2	4	2	4
28	4	4	4	4	2	2	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
29	4	2	4	4	4	2	2	4	2	2	4	4	2	2	4	2	4	2	2
30	2	2	4	4	2	2	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2

## ANEXO F

### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se aplica la fórmula “r de Pearson” en cada uno de los ítems del instrumento según estructura.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum x_i)(\sum y_i)}{[N (\sum x_i^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y_i^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

ÍTEMS	PEARSON	ÍTEMS	PEARSON
1	0.70	11	0.25
2	0.72	12	0.04
3	0.20	13	0.77
4	0.23	14	0.20
5	0.22	15	0.67
6	0.20	16	0.52
7	0.57	17	0.63
8	0.20	18	0.72
9	0.70	19	0.43
10	0.77	20	0.39

Si  $r > 0.20$ , el instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto en el ítems Nº 12 lo cual no alcanza el valor deseado, sin embargo por su importancia en el estudio se conserva.

## ANEXO G

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar la formula estadística  $\alpha$  de Crombach:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{S_i^2}{S_t^2} \right)$$

$$\alpha = \frac{20}{21} \left( 1 - \frac{14.42}{63.01} \right)$$

$$\alpha = 0.95 (1 - 0.22)$$

$$\alpha = 0.95 (078)$$

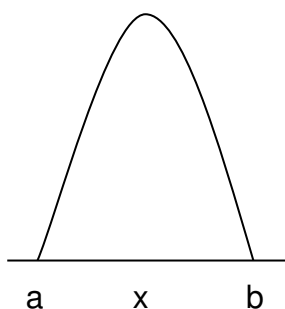
$$\alpha = 0.74$$

Para que exista confiabilidad  $\alpha > 0.7$ , por tanto el instrumento es confiable

## ANEXO H

### MEDICION DE LA VARIABLE

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss, usando una constante 0,75, dividiéndolo en tres categorías: favorable, medianamente favorable, desfavorable.



Desviación Estándar:  $S = \sqrt{s_t^2} = 51.66$

Promedio:  $X = \frac{\sum x}{n} = 7.94$

Valores de a y b:

$$a = x - 0.75 (S)$$

$$a = 51.66 - 5.96$$

$$a = 45.70$$

$$b = x + 0.75 (S)$$

$$b = 51.66 + 5.96$$

$$b = 57.62$$

#### Valor final

Favorable 57 - 100

Medianamente favorable 58 - 46

Desfavorable 20- 45

## **DIMENSIÓN COMUNICACIÓN VERBAL**

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss.

Desviación Estándar:  $S = \sqrt{s_t^2} = 3.36$

Promedio:  $X = \frac{\sum x}{n} = 24.2$

Valores de a y b:

$$a = x - 0.75 (S)$$

$$a = 24.2 - 2.52$$

$$a = 21.68$$

$$b = x + 0.75 (S)$$

$$b = 24.2 + 2.52$$

$$b = 26.72$$

### **Valor final**

Favorable 28 - 40

Medianamente favorable 22 - 27

Desfavorable 8 - 22

## **DIMENSIÓN COMUNICACIÓN NO VERBAL**

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss.

Desviación Estándar:  $S = \sqrt{s_t^2} = 2.79$

Promedio:  $X = \frac{\sum x}{n} = 11.4$

Valores de a y b:

$$a = x - 0.75 (S)$$

$$a = 11.4 - 2.09$$

$$a = 9.31$$

$$b = x + 0.75 (S)$$

$$b = 11.4 + 2.09$$

$$b = 13.49$$

**Valor final**

Favorable	14 - 25
Medianamente favorable	9 - 13
Desfavorable	5 - 8

**DIMENSIÓN APOYO EMOCIONAL**

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss.

Desviación Estándar:  $S = \sqrt{s_t^2} = 3.26$

Promedio:  $X = \frac{\sum x}{n} = 15.9$

Valores de a y b:

$a = x - 0.75 (S)$	$b = x + 0.75 (S)$
$a = 15.9 - 2.25$	$b = 15.9 + 2.25$
$a = 13.65$	$b = 18.15$

**Valor final**

Favorable	19 - 35
Medianamente favorable	14 - 18
Desfavorable	7 - 13

**ANEXO I**

**DATOS GENERALES DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES**

**CRÍTICOS DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA DE UN HOSPITAL**

**NACIONAL DE LIMA. NOV- DIC**

**LIMA –PERÚ**

**2014**

<b>DATOS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>		
Mujer	25	83%
Hombre	05	17%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>
<b>EDAD</b>		
17 - 27 AÑOS	7	23%
28 - 38 AÑOS	14	47%
39 - 49 AÑOS	07	23%
50 - 68 AÑOS	02	7%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
Primaria completa	02	7%
Secundaria completa	09	30%
Secundaria incompleta	03	10%
Técnico - Superior	16	53%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>
<b>PARENTESCO</b>		
Esposa	12	40%
Padre/madre	03	10%
Hijo (a)	08	27%
Sobrino (a)	06	23%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>
<b>DIAS DE HOSPITALIZACION</b>		
3-6	20	67%
7-10	8	27%
11-14	2	6%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

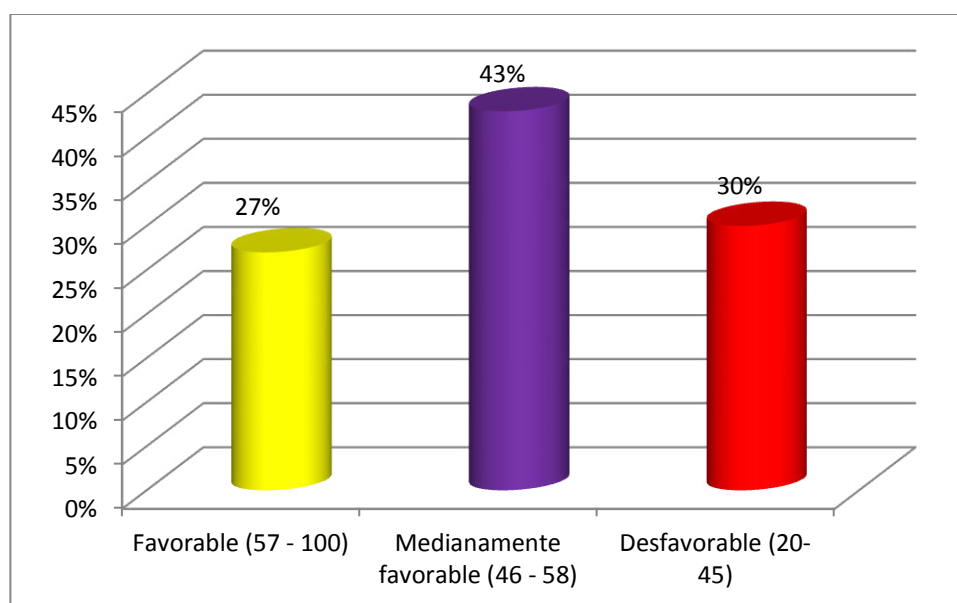


**ANEXO J**

**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO, SOBRE  
LA ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA ANTE UNA  
CRISIS SITUACIONAL EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA  
DE UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA  
LIMA -PERÚ  
2014**

NIVEL DE SATISFACCION	N°	%
Favorable (57 - 100)	08	27%
Medianamente favorable (46 - 58)	13	43%
Desfavorable (20- 45)	09	30%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de un Hospital Nacional de Lima. Noviembre - Diciembre 2014



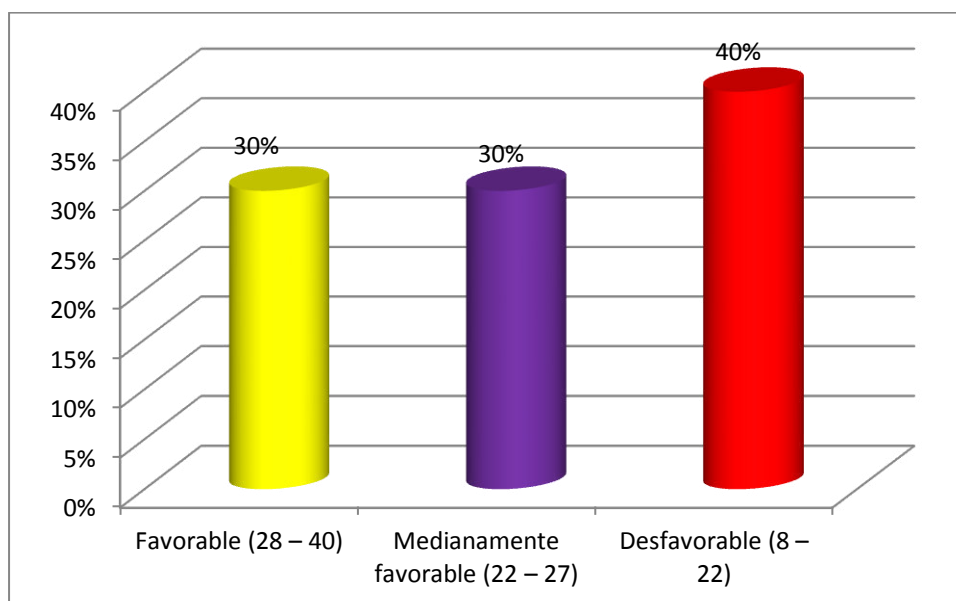
Fuente: Encuesta aplicada al usuario de un Hospital Nacional de Lima. Noviembre - Diciembre 2014

**ANEXO K**

**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO SOBRE  
LA ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA ANTE UNA  
CRISIS SITUACIONAL EN LA DIMENSIÓN COMUNICACIÓN  
VERBAL EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA  
DE UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA  
LIMA –PERÚ  
2014**

NIVEL DE SATISFACCION	Nº	%
Favorable (28 – 40)	09	30%
Medianamente favorable (22 – 27)	09	30%
Desfavorable (8 – 22)	12	40%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de un Hospital Nacional de Lima. Noviembre - Diciembre 2014



Fuente: Encuesta aplicada al usuario de un Hospital Nacional de Lima. Noviembre -Diciembre 2014

## ANEXO L

### PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO SOBRE LA ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA ANTE UNA CRISIS SITUACIONAL EN LA DIMENSIÓN COMUNICACIÓN VERBAL POR ITEMS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA DE UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA LIMA –PERÚ 2014

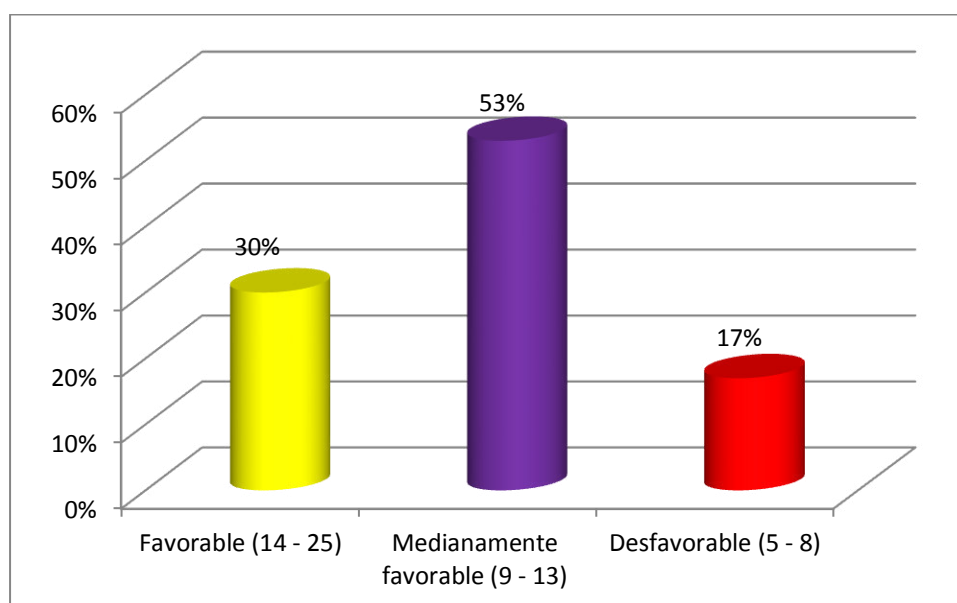
DIMENSIÓN COMUNICACIÓN VERBAL	TA		DA		I		ED		TD	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. + La enfermera (o) le saluda al observar su ingreso al servicio	2	6.6%	17	56.8 %	0	0%	11	36.6 %	0	0%
2. + La enfermera (o) lo orientan durante su visita.	3	9.9%	9	30%	0	0%	18	60.1 %	0	0%
3. + La enfermera (o) le comunica los procedimientos generales que le realizan a su familiar	0	0%	28	93.4 %	0	0%	2	6.6%	0	0%
4. + La enfermera (o) utilizan un lenguaje claro y sencillo al conversar o responder alguna inquietud suya.	0	0%	28	93.4 %	0	0%	2	6.6%	0	0%
5. - La enfermera (o) no conversan con usted acerca de la situación de su familiar.	2	6.6%	22	73.4 %	0	%	6	20%	2	%
6. - La enfermera (o) omite preguntarle sobre los problemas que enfrenta debido a la situación de su familiar	2	6.6%	26	90.1 %	1	3.3 %	0	0%	0	0%
7. + La enfermera (o) suelen orientarlo para hacer frente a sus sentimientos de angustia.	0	0%	10	33.3 %	0	0%	19	63.4 %	1	3.3%
8. - La enfermera (o) le responde de forma descortés las preguntas que hace sobre la situación de su familiar.	0	0%	11	36.6 %	0	0%	19	63.4 %	0	0%

**ANEXO M**

**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO SOBRE  
LA ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA ANTE UNA  
CRISIS SITUACIONAL EN LA DIMENSIÓN COMUNICACIÓN  
NO VERBAL EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA  
DE UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA  
LIMA –PERÚ  
2014**

NIVEL DE SATISFACCION	N°	%
Favorable (14 - 25)	09	30%
Medianamente favorable (9 - 13)	16	53%
Desfavorable (5 - 8)	5	17%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de un Hospital Nacional de Lima. Noviembre - Diciembre 2014



Fuente: Encuesta aplicada al usuario de un Hospital Nacional de Lima. Noviembre -Diciembre 2014

**ANEXO N**

**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO SOBRE  
LA ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA ANTE UNA  
CRISIS SITUACIONAL EN LA DIMENSIÓN COMUNICACIÓN  
NO VERBAL POR ITEMS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA DE  
UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA  
LIMA –PERÚ  
2014**

<b>DIMENSIÓN COMUNICACIÓN NO VERBAL</b>	<b>TA</b>		<b>DA</b>		<b>I</b>		<b>ED</b>		<b>TD</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
1. + La enfermera (o) dirige la mirada al familiar para responder alguna inquietud de su familiar.	0	0%	7	23.3 %	0	%	19	63.4 %	4	13.3 %
2. + La enfermera (o) le muestra gestos de afecto a usted y su familiar	0	0%	6	20%	0	%	17	60%	6	20%
3. - La enfermera (o) hace gestos de molestia cuando usted pregunta repetida veces sobre un mismo tema.	1	3.3%	25	%	0	%	4	13.3 %	0	0%
4. - La enfermera (o) se muestran muy ocupadas para atenderlo	2	6.6%	16	53.4 %	0	0%	12	40%	0	%
5. + La enfermera (o) la recibe con una sonrisa cuando usted se acerca para hacerle alguna pregunta.	0	0%	2	6.6%	0	%	19	63.9 %	9	30%

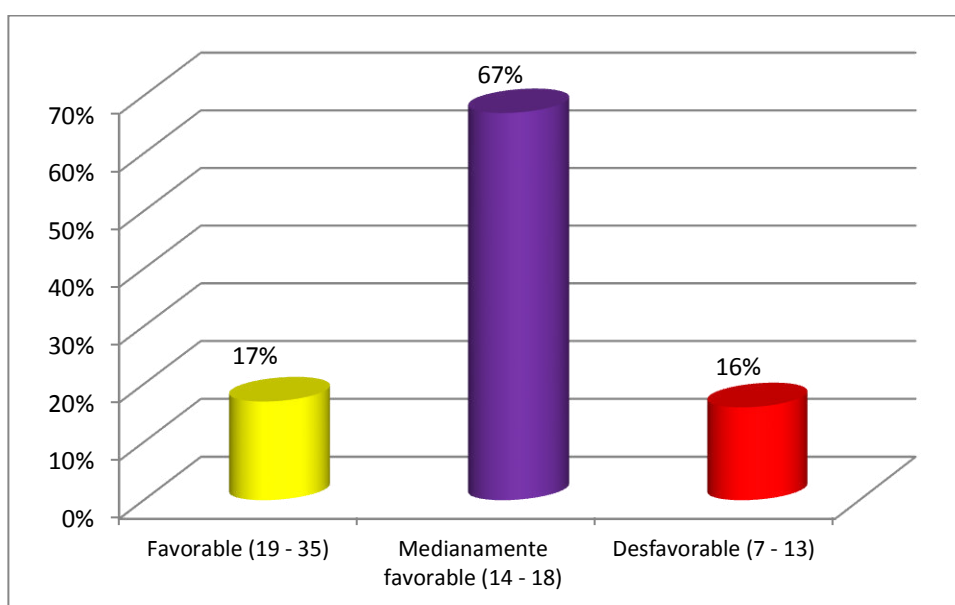
Fuente: Encuesta aplicada al usuario de un Hospital Nacional de Lima. Noviembre -Diciembre 2014

**ANEXO Ñ**

**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO SOBRE  
LA ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA ANTE UNA  
CRISIS SITUACIONAL EN LA DIMENSIÓN APOYO  
EMOCIONAL EN LOS SERVICIOS DE  
MEDICINA DE UN HOSPITAL  
NACIONAL DE LIMA  
LIMA -PERÚ  
2014**

NIVEL DE SATISFACCION	Nº	%
Favorable (19 - 35)	05	17%
Medianamente favorable (14 - 18)	20	67%
Desfavorable (7 - 13)	5	16%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de un Hospital Nacional de Lima. Noviembre - Diciembre 2014



Fuente: Encuesta aplicada al usuario de un Hospital Nacional de Lima. Noviembre -Diciembre 2014

**ANEXO O**

**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO SOBRE  
LA ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA ANTE UNA  
CRISIS SITUACIONAL EN LA DIMENSIÓN APOYO  
EMOCIONAL POR ITEMS EN LOS SERVICIOS DE  
MEDICINA DE UN HOSPITAL  
NACIONAL DE LIMA  
LIMA –PERÚ  
2014**

DIMENSIÓN COMUNICACIÓN APOYO EMOCIONAL	TA		DA		I		ED		TD	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. + La enfermera (o) aprovechan las visitas para dar animo a los familiares de los pacientes	0	0%	2	6.6%	0	0%	27	90.1 %	1	3.3%
2. - La enfermera (o) observan la angustia de los familiares y evitan acercarse para tranquilizarlos.	0	0%	21	70%	0	%	9	30%	0	0%
3. - La enfermera (o) muestran poca preocupación por el estado emocional que enfrentan los familiares	0	0%	23	76.7 %	0	0%	7	23.3 %	0	0%
4. + La enfermera (o) se muestran atentas y comprensivas con los familiares	0	0%	4	13.3 %	0	0%	25	83.4 %	1	3.3%
5. - La enfermera (o) no suelen consolar a los familiares cuando los observan tristes y llorosos	2	6.6%	20	66.8 %	0	0%	8	26.6 %	0	0%
6. - La enfermera (o) no tienen interés por saber si los familiares están angustiados o tristes.	0	0%	4	13.3 %	0	0%	23	76.8 %	3	9.9%
7. + La enfermera (o) tranquilizan a los pacientes con palabras de aliento	0	0%	0	0%	1	3.3%	25	83.4 %	4	13.3 %

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de un Hospital Nacional de Lima. Noviembre -Diciembre 2014